

MASTEROPPGAVE

Tittel:

En kvalitativ studie om hvordan sikre nødvendig psykososial tilnærming til anoreksi pasienter innlagt ved døgnavdeling i psykisk helsevern.

Madelen Friberg

24.04.2023

Master i psykososialt arbeid
Avdeling for helse og velferd



Forord

Studiet master i psykososialt arbeid har vært en reise jeg ikke ville vært foruten. Den har ført til personlig utvikling takket være både ansatte og medstudenter.

Når jeg startet denne reisen hadde jeg ett ønske om å tilegne meg mer kunnskap når det kommer til ett helhetlig menneskesyn. Jeg skrev bachelor oppgaven om den bio-psykososiale modellen for flere år tilbake, så man kan si at dette tankesynet har tidlig vært av stor interesse for meg.

Tusen takk til informantene, uten dere hadde ikke denne studien blitt til. Takk for at dere tok dere tid til å gi meg innblikk deres hverdag, tanker og følelser.

En spesiell stor takk rettes til veileder Anna Lydia. Du har kommet med nyttige innspill og vært en svært dyktig veileder.

Til sist ønsker jeg og takke Christian og Linnea på hjemmebane som har holdt ut med en stressa samboer og mamma de siste månedene.

Sammendrag

Innledning

Tema for studien er helsepersonell sine erfaringer med psykososial tilnærming med pasienter som er til behandling for anoreksi ved døgnavdeling i psykisk helsevern.

Bakgrunn

Anoreksi er den dødeligste lidelsen innen psykisk helsevern. (FHI, 2004) Pasientens manglende sykdomsforståelse, svikt i kognitive funksjoner og lite hensyn til helsemessige komplikasjoner kan føre til at pasientene nekter livsviktig behandling og utgjør en fare for eget liv. (Skårderud, 2016, s. 178)

Problemstilling

Hvordan sikre nødvendig psykososial tilnærming til anoreksi pasienter ved døgnavdeling i psykisk helsevern?

Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg arbeider på en psykiatrisk døgnavdeling som behandler pasienter med anoreksi. Min motivasjon for problemstilling kommer fra daglig arbeid med denne pasientgruppen. Målet er å belyse hvor hensiktsmessig en psykososial tankegang vil være for disse pasientene. I en hektisk hverdag på en psykiatrisk døgnavdeling, som i tillegg skal behandle andre psykiatriske lidelsene vil det være viktig å sette fokus og øke forståelsen for denne alvorlige sykdommen. Samt å bidra til å utvikle helsetjenestene disse pasientene mottar. Hvilken kunnskap har miljøterapeutene om den psykososiale teorien og hvilket handlingsrom har de i sin hektiske hverdag? Det er av stor forskningsinteresse for meg. Etter covid og nedstenging melder spesialisthelsetjenesten om 55% økning henvendelser. (Menon, 2023) Hva er det med vårt samfunn og vår kultur som har bidratt til denne kraftige økningen? Og hva kan vi gjøre for å bidra til å snu trenden.

Metode og utvalg

Studien har et kvalitativ design med semistrukturert intervju som forskningsmetode. Det ble intervjuet fem miljøterapeuter med videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Disse fem arbeidet ved tre ulike psykiatriske døgninstitusjoner som behandler anoreksi. Det ble brukt tematisk analyse.

Resultat og konklusjon

Hovedtemaene som ble identifisert i analyseprosessen:

Nøkkelord

Anoreksidiagnose, psykososialt arbeid, psykiatrisk døgninstitusjon, tid og ressurser, samhandling.

Abstract

Introduction

The topic of the study is healthcare professionals' experiences with psychosocial approaches to patients receiving treatment for anorexia in inpatient psychiatric care.

Background

Anorexia is the deadliest disorder within mental healthcare. (FHI, 2020) The patient's lack of understanding of their illness, cognitive dysfunction, and little consideration for health complications can lead to patients refusing life-saving treatment and putting their own lives at risk. (Skårderud, 2016, s. 178)

Problem statement

How to ensure necessary psychosocial approach to anorexia patients at inpatient psychiatric care?

Reason for choice of topic and

I work at an inpatient psychiatric unit that treats patients with anorexia. My motivation for the problem statement/research question comes from daily work with this patient group. The goal with this thesis is to shed light on how appropriate a psychosocial approach would be for these patients. The everyday life at an inpatient psychiatric unit can be very hectic because an inpatient psychiatric unit treats a magnitude of different psychiatric disorders, and this makes it even more important to focus and increase understanding of this serious illness. As well as contribute to the development of the healthcare these patients receive. What knowledge do the social workers have about the psychosocial theory and what leeway do they have in their busy everyday life? The contribution to a health-promoting perspective is of great research interest to me. After COVID and lockdowns, the specialist healthcare services report a 55% increase in inquiries (ROS, 2023). What is it about our society and culture that has led to this significant increase? And what can we do to help reverse the trend.

Method and selection

The study has a qualitative design using semi-structured interviews as a research method. Five different social workers were interviewed during this process. They worked at three different inpatient psychiatric institutions treating anorexia. Thematic analysis was used.

Result and conclusion

Three main themes were identified in the analysis process. The first theme focuses on the informants' focus on health, a holistic view of the individual. The experience showed that the informants had a good knowledge of the theory of psychosocial approaches and on how this could be implemented in the daily follow-up of patients. The second main theme was titled time and resources, and it shows the challenges the informants face in implementing the treatment they believe is best for the patient group. The final main theme highlights interdisciplinary collaboration and cooperation. The informants describe collaboration across health professions and the amount of influence they have on their own workday. The study concludes that the informants are in a challenging role when it comes to the impact they have on the treatment offered to patients with anorexia. They possess a knowledge base that leads them to see the necessity of a holistic approach and describe well why this can contribute to promoting health and faster recovery for patients. The study shows a continued need to develop interdisciplinary collaboration as central to providing patients with the best possible treatment.

Keywords

Anorexia diagnosis, psychosocial work, psychiatric inpatient unit, time and resources, collaboration.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	9
1.1 Bakgrunn.....	9
1.2 Valg av tema og problemstilling.....	10
1.3 Vitenskapsteoretisk retning.....	11
1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål	12
1.5 Avgrensning og presisering.....	13
1.6 Begrepsavklaringer	14
1.7. Oppgavens disposisjon	16
2.0 Teoretiske perspektiver og aktuell forskning	17
2.1 Innledning.....	17
2.2 Teoretiske perspektiver	17
2.2.1 Miljøterapi	17
2.2.2 Psykososial tilnærming.....	18
2.2.3 Salutogen teori.....	19
2.3 Anoreksi.....	21
2.3.1 Samfunnsøkonomisk perspektiv spiseforstyrrelser.....	21
2.3.2 Anoreksi i ett historisk tilbakeblikk.....	22
2.3.3 Hva er Anoreksi og hvem utvikler det?.....	23
2.3.4 Kjønn og seksualitet.....	26
2.3.5 Utredning og behandling av anoreksi i dag.....	28
2.3.6 Behandling under tvunget psykisk helsevern.....	30
2.3.7 Anoreksi og pandemi	31
2.4 Annen relevant teori.....	32
2.4.1 Den Terapeutiske relasjon	32
2.4.2 Maktfordeling i samhandling mellom helsepersonell	34
3.0 Metode	36
3.1 Valg av metodisk tilnærming	36
3.2 Tilgang til feltet og utvalg av informanter	38
3.3 Det kvalitative forskningsintervjuet	39
3.4 Intervjuguide.....	39
3.5 Gjennomføring av forskningsintervju	40
3.6 Presentasjon av aktuelle avdelinger	41
3.7 Relabilitet og validitet.....	42
3.8 Etikk.....	42
3.9 Forforståelse og refleksivitet.....	43
3.10 Analysemetode.....	46
4.0 Analyse og drøfting	48
4.1 Innledning.....	48
4.2. Fokus på friskhet, ett helhetlig menneskesyn	49
4.2.1 «Vi driver med en psykososial tilnærming hele tiden»	49

4.2.2 Psykososialt perspektiv.....	52
4.2.3 Helhetlig tankegang – alt pasienten har med seg.....	53
4.2.4 Sosiale utfordringer.....	54
4.2.5 «All tid går til mat»	54
4.2.6 Oppsummerende erfaringer.....	55
4.3 Tid og ressurser til en psykososial tilnærming.....	56
4.3.1 Terapeutiske relasjonen.....	58
4.3.2 Oppsummerende erfaringer.....	59
4.4 Samhandling.....	60
4.4.1 Oppsummerende erfaringer.....	65
4.5 Anoreksi etter covid- pandemi.....	65
4.5.1 Oppsummerende erfaringer.....	68
5.0 Diskusjon	69
6.0 Oppsummering og avslutning.....	75
6.1 Styrker og svakheter ved studien	76
6.2 Implikasjoner for praksis.....	77
6.3 Implikasjoner for videre forskning	77
Litteratur	78
Vedlegg 1 - Informasjonsskriv	85
Vedlegg 2 – Samtykke skjema.....	86
Vedlegg 3 – Intervjuguide.....	87

1.0 Innledning

Tema for studien er helsepersonell sine erfaringer med psykososial tilnærming med pasienter som er til behandling for en anoreksidiagnose, ved en døgnavdeling i psykisk helsevern. Nedenfor presenteres bakgrunnen for tema og problemstilling, hvor det gjøres rede for forskningsspørsmål og formålet med studien. Videre legges avgrensninger og presisering av forskningsspørsmål frem. Det gjøres deretter noen begrepsavklaringer før kapitlet avsluttes med oppgavens videre disposisjon.

1.1 Bakgrunn

Anoreksi er den mest dødelige psykiatriske lidelsen i Norge i dag. (FHI, 2004). Anoreksi debuterer oftest i ungdomsårene og rammer kvinner om lag ti ganger hyppigere enn menn. Blant personer med spiseforstyrrelser er det høyere forekomst av andre psykiske vansker enn vi ser i den generelle befolkningen. Ved anoreksi er det økt forekomst av depresjon og angst slik som generalisert angst, symptomer på tvangslidelse og sosial angst. Symptomer på angst kan være til stede før man får spiseforstyrrelsen, og hos en del kan symptomer på både depresjon og angst fortsette etter at de er blitt friske fra spiseforstyrrelsen. (Helsedirektoratet, 2017)

Vår vestlige kultur og digitaliserte samfunn kan ha bidratt til den kraftige utviklingen at sykdommen vi har sett de seneste årene. Det er betydelig høyere forekomst av sykdommen i USA og Europa enn i resten av verden. Sosiale og kulturelle forventinger til kvinnens utseende kan ha bidratt til forekomsten. 90 prosent av de som rammes av anoreksi, er unge kvinner, vanligvis i alderen 14–19 år (SnI, 2023). Etter pandemien ser psykisk helsevern en økning på om lag 60% i henvisninger til pasienter med behov for plass ved døgnavdeling for behandling av spiseforstyrrelser (FHI, 2022). 98% av ressursbruken i det offentlige helsevesenet til behandling av spiseforstyrrelser ligger i spesialisthelsetjenesten. Det viser at det i liten grad finnes lavterskel – eller andre behandlingstilbud for mennesker med spiseforstyrrelser på kommunalt nivå. Pasientene står på ventelister til spesialisthelsetjenesten som aldri har vært lengre, de blir sykere mens de venter og prognosene for tilfriskning blir lavere. (Menon – publikasjon nr 3/2022).

Det har vokst frem ett dyktig fagfelt for behandling av anoreksi i Norge de seneste årene. Med både offentlig helsevesen, idrettshøyskolen og private aktører slik som Villa Sult og Modum Bad. Felles for disse aktørene som utvikler teorier knyttet til behandling av anoreksi er at de jobber utfra ett helhetlig og helsefremmende perspektiv. De løser det på ulike måter i form av trening, gruppeterapi, samtaleterapi, familiebasert tilnærming med mer. Men felles for alle ligger et helhetlig perspektiv til grunn. Statens retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser skriver at man bør tilstrebe å gi pasientene ett helhetlig behandlingstilbud (Helsedirektoratet, 2017). Teorien og forskningen støtter tanken om en helhetlig tilnærming i behandling av pasientgruppen. Det sees i lys av teorien om det psykososiale perspektivet og kan sees i sammenheng med Antonovskys teori om ett salutogent perspektiv. Denne måten og jobbe på støtter det Antonovsky kaller begripelighet og håndterbarhet.

1.2 Valg av tema og problemstilling

Jeg arbeider på en psykiatrisk døgnavdeling som behandler spiseforstyrrelser under frivillig og tvunget psykisk helsevern. Min motivasjon for problemstilling kommer fra daglig arbeid med denne pasientgruppen. Målet er å belyse hvor hensiktsmessig en psykososial tankegang vil være for disse pasientene. I en hektisk hverdag på en psykiatrisk døgnavdeling som i tillegg skal behandle andre psykiatriske lidelser vil det være viktig å sette fokus og øke forståelsen for hvorfor disse pasientene trenger ett helhetlig behandlingstilbud. Hvordan helsepersonell møter disse pasientene som lever med en anoreksidiagnose, hvor de er så syke at det kan være fare for liv og helse er av stor forskningsinteresse for meg.

Teorien for psykososial tilnærming er sentral i denne oppgaven, psykososialt arbeid blir definert på ulike måter og hva det innebærer vil kunne variere utfra ulike profesjoner. Svalastog, Kristoffersen & Lile (2019, s. 18) viser til bredden og variasjonen i faget psykososialt arbeid hvor begrepet psykososialt er sammensatt av to deler; psyko- og sosialt. De to delene kan gi en antagelse om at menneskets indre liv kan henge sammen med menneskets sosiale liv (Svalastog et al., 2019, s. 18). Utgangspunktet for psykososialt arbeid er at livet har mange dimensjoner og deler som må sees i sammenheng da de påvirker hverandre. Psykososialt arbeid søker og være helhetlig og inkluderende. Begrepet tilsier at man har en forståelse av sin historie, sin livssituasjon og sine ressurser, ikke bare for

tjenestemottaker men også som helsepersonell. Når de som søker eller trenger hjelp, blir møtt med annerkjennelse, og inviteres i ett samarbeid i troen på at alle mennesker har kunnskap, men at denne kunnskapen kan være begrenset, vil det oppstå ny kunnskap som er til nytte både for tjenestemottakeren og for den profesjonelle. Forutsetningen er imidlertid å slutte med og posisjonere oss i ulike båser (vi normale) og den andre (unormale), og i stede se oss selv som en del av potensielle bio-psyko-sosiale utviklingsmuligheter. (Hertz 2008) (Skarbæk, nissen 2014). Helsevesenet i Norge slik det fremstår i dag er i stor grad individ- og sykdomsorientert, basert på et medisinsk- psykiatrisk grunnsyn. Mennesker blir til pasienter når de innlegges og makt dynamikken i relasjonen mellom helsepersonell og pasient vil sannsynligvis endres. Diagnoser tillegges og kan bidra til at pasienter blir satt i bås. Psykososial tilnærming står i kontrast til denne tankegangen ved at helsepersonell og pasient blir mer likestilt som to parter hvor begge har med seg kunnskap inn i relasjonen. Studier peker på at den terapeutiske relasjonen kan syntes å være avgjørende for pasientens mulighet for bedring når de lever med en langvarig anoreksidiagnose. Hvor stor innvirkning har da primærkontaktene når det kommer til utarbeidelsen av behandlingsplan til pasientene? Og hvordan kan man tilstrebe en nødvendig helhetlig psykososial tilnærming i møte med denne pasientgruppen? (Zaitsoff, Pullmer, Cyr og Aime, 2015, s. 111)

Kunnskapsgrunnlaget er bygget på erfaring knyttet til eget arbeid ved en psykiatrisk døgnavdeling, kurs via regionalt senter for spiseforstyrrelser og forskning gjennomført ved tidligere semestre i masterstudiet psykososialt arbeid. Forskning som legger hovedgrunnlaget er teori om psykososial tilnærming, lov om tvunget psykisk helsevern, lov om samtykkekompetanse, pakkeforløp for spiseforstyrrelser, helsedirektoratets retningslinjer for behandling av pasienter med alvorlig anoreksi. Samt bøker og forskning utført av psykiater ved Villa Sult, Finn Skårderud.

1.3 Vitenskapsteoretisk retning

Gjennom denne studien undersøkes miljøterapeutenes opplevelse av egen arbeidshverdag og deres tverrfaglige samhandling med behandler bestående av lege eller psykolog. I denne studien har jeg ett fenomenologisk vitenskapssyn med utgangspunkt i hver enkelt opplevelse og tilstreber en helhetlig forståelse i den unike persons opplevelser og erfaringer. Det

vesentlige er hvordan informantene opplever sin verden og hva som er viktig og reelt for dem. (Thagaard, 2009). Forforståelse er et begrep som stammer fra fenomenologien (Johanson, 2016). Det handler om å reflektere rundt egen forforståelse, slik at strategien for å se og gripe et fenomen som noe eget og noe som er utenfor ens egne begrensede forutsetninger. Forståelseshorisonten eller forforståelsen beskriver Johannessen et. al (2010, s. 35) som noe alle som forsker har, når man skal undersøke et fenomen. Alle mennesker har en forforståelse, våre erfaringer og kunnskap om virkeligheten bruker vi til å forstå alt det som skjer rundt oss. Formålet med studien har vært å ha en fenomenologisk tilnærming til fenomenet en psykososial tilnærming i møte med anoreksi pasienter innlagt ved psykiatrisk døgnavdeling.

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

I denne studien ønsker jeg å se nærmere på miljøterapeutene sin opplevelse og bruk av psykososial tilnærming i møte med anoreksi pasienter innlagt på døgnavdeling. En pasientgruppe som i gjennomsnitt er lagt inn på sykehus i seks – ni måneder (Helsedirektoratet, 2017). Jeg ønsker å belyse nødvendigheten av en psykososial tilnærming med bakgrunn av lang behandlingstid og ett komplekst sykdomsbilde. Hvis vi ser det i ett helsefremmende perspektiv krever det at vi som helsepersonell har med oss ett helhetlig syn når vi møter disse pasientene. For å kunne gi ett best mulig behandlingstilbud som bidrar til raskere tilfriskning fordrer det at vi kan se hele pasienten og hva de bringer med seg av tidligere erfaringer og opplevelser. Statens retningslinjer for behandling av anoreksi og annen relevant forskning forteller oss at det skal tilstrebes ett helhetlig behandlingstilbud. (Helsedirektoratet, 2017). Jeg ønsker å undersøke om miljøterapeuter på psykiatrisk døgnavdeling har tid og mulighet til å gjennomføre dette i praksis. På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling valgt:

Hvordan sikre nødvendig psykososial tilnærming til unge anoreksi pasienter ved døgnavdeling i psykisk helsevern?

Videre har jeg formulert tre forskningsspørsmål hvor forutsetningen er å gi fylldige svar som bidrar til en helhet og forståelse rundt valgt temaet.

1. Hva er helsepersonell sin erfaring med psykososial tilnærming i den daglige oppfølgingen?
2. Hvordan følges pasientgruppen opp av helsepersonellet som har primæransvar?
3. Samhandling, hvor mye innflytelse har miljøterapeutene på det som er bestemt i behandlingsplan?

Bakgrunn for spørsmål 1, her blir det spurt om miljøterapeutenes erfaring med psykosial tilnærming i den daglige oppfølgingen. Dette er i hovedsak for å skape en forståelse av ressurser og kapasitet til å ta hensyn til det psykososiale i en hektisk arbeidshverdag ved en døgnavdeling. Samt hvilket kunnskapsgrunnlag informantene sitter med knyttet til teorien. Videre spør jeg i spørsmål 2. om hvordan pasientgruppen følges opp av deres primærkontakt. Ved å studere dette nærmere ønsker jeg å skape en bevisstgjøring av hva man som primærkontakt har fokus på i den daglige oppfølgingen. I siste spørsmål som omhandler samhandling, ønsker jeg å finne ut om det som blir bestemt i behandlingsmøter bestående av psykolog, overlege eller psykiater i samhandling med primærkontakt, pasienten selv, eventuelle foresatte eller andre relevante instanser blir tilstrekkelig gjennomført i den daglige arbeidet med pasienten. Dette for å skape en bedre forståelse av miljøterapeutenes refleksivitet i sin yrkesutøvelse. Det innebærer at miljøterapeutene har evne til å vurdere deres posisjon som primærkontakt og hvordan deres bidrag påvirker pasienten og tilfriskningsprosessen. Studiens hensikt er altså å utvikle kunnskap om hvordan primærkontakt og annet miljøpersonell bruker en psykososial tilnærming i møte med pasienter med anoreksi diagnose innlagt på psykiatrisk døgnavdeling.

1.5 Avgrensning og presisering

Studien er avgrenset til å omhandle miljøterapeuter bestående av sykepleiere og vernepleiere som arbeider med pasienter som lever med en anoreksi diagnose av en slik alvorlighetsgrad at de er innlagt på en døgnavdeling. Sykepleiere og vernepleiere ble valgt som yrkesgruppe da det er disse profesjonene som i hovedsak er ansatt i stilling som miljøterapeut på avdelingene hvor denne pasientgruppen er innlagt.

Videre har jeg valgt å fokusere studien til å handle om miljøterapeutenes erfaring med en psykososial tilnærming til pasienter med diagnosen anoreksi, fremfor spiseforstyrrelser generelt. Dette kommer av min praksiserfaring hvor denne pasientgruppen er spesielt høyt representert på psykiatrisk døgnavdeling hvor de er så syke at det potensielt er fare for liv og helse. Med en gjennomsnittlig behandlingstid på seks - ni måneder (Helsedirektoratet, 2017). Dette gjør at jeg syntes det er svært interessant å undersøke hvordan den psykososiale tilnærmingen blir brukt i behandling av denne alvorlige lidelsen. En helhetlig tilnærming henger sammen med min forståelse av helsefremmende arbeid, for å kunne tilby pasientene ett best mulig behandlingstilbud som kan bidra til raskere tilfriskning er det nødvendig å se pasienten i en helhet med alt av erfaringer og opplevelser de bringer med seg.

1.6 Begrepsavklaringer

Psykiatrisk døgnavdeling

Denne studiens informanter er miljøterapeuter som arbeider ved psykiatriske døgnavdelinger med pasienter med alvorlig anoreksi. Sentrale deler av behandlingen inkluderer måltidstøtte for å forhindre videre vektnedgang. Pasientene bor på avdelingen under innleggelsen og andre aktiviteter utenfor måltider er svært begrenset grunnet omfanget av sykdommen. Man kan etter en stund ha permisjoner for å øve på å spise hjemme. Tiden pasientene er innlagt er i gjennomsnitt 6 – 9 måneder men kan også i en god del tilfeller være lenger. Det er heller ikke uvanlig med re – innleggelser. Altså at pasientene blir lagt inn på nytt.

Anoreksi diagnose

I Norge diagnostiseres mennesker ut fra diagnosemanualen ICD-10, et internasjonalt system for diagnoser. Diagnosen F50.0 Anorexia nervosa er knyttet til en helsefarlig adferd med selvsult, overdreven fysisk aktivitet og/eller bruk av medikamenter som vektkontrollstrategi (Skårderud, 2016, s. 177-178). Å leve med en anoreksi diagnose vil for de fleste innebære en overopptatthet for mat, kropp og vekt. Motivasjon for bedring kan være svært varierende. (Skårderud, 2016, s. 18 – 184)

Miljøterapeuter

En felles betegnelse på en yrkesstilling som kan bestå av personer fra flere ulike yrkesprofesjoner. En felles måte å jobbe på men med personer som kommer fra ulike bakgrunner. Eksempler på dette er: Vernepleiere, sykepleiere, barnevernspedagoger, klinisk sosionom osv. I denne oppgaven blir begrepet brukt da informantene innehar denne arbeidstittelen på sin arbeidsplass ved psykiatrisk døgnavdeling.

Primærkontakter

Alle pasienter får en eller flere primærkontakter når de blir lagt inn ved psykiatrisk døgnavdeling, disse har overordnet ansvar for at journal og behandlingsplan til en hver tid er oppdatert. Samt hyppigere oppfølging av pasienten enn andre personale på avdelingen. De kan bistå i møter med behandler og andre instanser.

Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid er tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger folk utsettes for, samt å redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom. (SNL, 2023)

1.7. Oppgavens disposisjon

Etter dette introduksjonskapittelet venter kapitel 2 med teoretisk forankring og kunnskapsgrunnlaget for studien, her legges relevant forskning og teori frem. Her vil det presenteres historisk tilbakeblikk på diagnosen, det salutogene og patogene sykdomsperspektivet. Spesielt vil Aron Antonovsky og Finn Skårderud trekkes frem, med flere. Videre vil teorien om psykososial tilnærming være sentral i denne delen. Det er denne teorien og forskningen som legger grunnlaget for analysen i kapittel 4 og videre drøfting i kapitel 5.

I kapitel 3 presenteres metodedelen. Her gjøres rede for bruk av forskningsmetode og prosessen med begrunnelse av valgene som er tatt. Jeg går igjennom utvelgelse av informanter, intervjuguide og gjennomføring av intervju. Til slutt i kapitelet tar jeg for meg etiske overveielser, refleksivitet og min egen forståelse før jeg beskriver analyseprosessen.

Kapitel 4 presenteres studiens analyse og drøfting, Det består av disse tre hovedtemaene:

1. Forståelsen av en psykososial tilnærming
2. Tid og ressurser
3. Samhandling

Avslutningsvis kommer en oppsummering av analysen og temaene som er drøftet for å svare på problemstilling og forskningsspørsmål. Styrker og svakheter ved studien og implikasjoner for praksis. Videre forskning legges også frem.

2.0 Teoretiske perspektiver og aktuell forskning

2.1 Innledning

I dette kapittelet ønsker jeg å se nærmere på relevant forskning, teori og kunnskapsstatus. Jeg vil redegjøre for teoretiske perspektiver som blir sentrale i oppgaven. Slik som miljøterapi, psykososial tilnærming, salutogen teori, den terapeutiske relasjonen og maktfordeling i samhandling. Videre vil jeg presentere hvordan fenomenet anoreksi har endret seg gjennom tidene og kan forstås i relasjon til de nasjonale faglige retningslinjene for utredning og behandling. Jeg ønsker å skape en forståelse av hvordan pasienter med alvorlig anoreksi er svekket både fysisk og psykisk. For så og sette det i sammenheng med de teoretiske perspektivene. Særlig relevant blir da Aron Antonovsky og Finn Skårderud med flere. Deretter vil jeg belyse hvordan en psykososial tilnærming oppstod og kan forstås i sammenheng med ett salutogent perspektiv. Jeg starter med teorien om psykososial tilnærming og salutogenese som vil være med å legge grunnlaget inn mot min forståelse av hvordan spiseforstyrrelsen anoreksi bør behandles. Dette materialet vil jeg så benytte for å analysere og drøfte materialet jeg har innhentet i kapittel 4 sammen med annen relevant forskning.

2.2 Teoretiske perspektiver

2.2.1 Miljøterapi

Miljøterapeut går igjen i oppgaven som ett begrep knyttet til informantenes stillingsbeskrivelse. Informantene er bestående av sykepleiere og vernepleiere som er ansatt i en miljøterapeut stilling på psykiatrisk døgnavdeling. Miljøterapi er ett uttrykk for en fagideologisk tenkning mer enn en konkret metode. Miljøterapi har sitt utspring i institusjonsbehandling, og er i dag ofte knyttet til institusjoner der arbeid med barn, -ungdom, voksne og personer med utviklingshemming står sentralt. Miljøterapi er ett mangfold av ulike teoretiske begreper som kan forstås på ulikt vis. Overordnet kan vi si at miljøterapi er en behandlingsform preget av miljøterapeutens planlagte, tilrettelagte og systematiske bruk av det som skjer i samspillet mellom bruker/ pasient og miljøterapeuten.

Lillevik beskriver at det kreves noen grunnleggende forutsetninger for at det terapeutiske arbeidet skal forstås om miljøterapi, dette består av; faglig begrunnelse, planlegging, nyttiggjøre seg av samhandling i samspill med omgivelsene, bidra til fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst, bygge på et humanistisk ideal som preges av omsorg, anerkjennelse og respekt for menneskets egenverd og integritet (Lillevik, 2014). Disse prinsippene kan vi se i direkte sammenheng med det psykososiale tankesettet og det salutogene. Miljøterapi og psykososialt arbeid ses i lys av hverandre med sin helhetlige tankegang og ett mål om å møte hele personen med alt den bringer med seg. Med bakgrunn av at dette er en master i psykososialt arbeid er det teorien om psykososial tilnærming vil være det overordnet i denne oppgaven.

2.2.2 Psykososial tilnærming

Psykososial tilnærming vil si at mennesker forstås og ses som subjekter, og anerkjennes som unike med egne opplevelser og erfaringer. Psykososialt arbeid har som utgangspunkt at livet har mange dimensjoner og deler som må forstås i relasjon til hverandre fordi de påvirker hverandre. Begrepet psykososialt arbeid tar utgangspunkt i en forståelse av at somatisk og mental helse er tett sammenbundet, og at helse forstås i en tilknytning til sosiale og kulturelle forhold. Det er derfor vesentlig at helsepersonell er i stand til å forstå pasientene som lever med en anoreksidiagnose i en større sammenheng hvor de blir sett på som unike subjekter (Svalastog, Kristoffersen, Lile, 2019, s 21).

Studier viser at en stor del av de som lever med en anoreksidiagnose har en historie med smertefulle livsopplevelser i barndommen eller senere i livet, disse kan ha vært en medvirkende årsak til at pasienten utviklet en spiseforstyrrelse. Det kan være snakk om mobbing, relasjonstraumer som tap av nære og viktige omsorgspersoner, men også fysiske og seksuelle overgrep. Tilleggs lidelser som depresjon, personlighetsforstyrrelser og ulike angstlidelser opptrer hyppigere hos pasienter med spiseforstyrrelse. Disse opplevelsene sier noe om hvilke erfaringer pasientene kan ha med seg inn i ett behandlingsforløp, det er svært viktig at helsepersonell har dette med seg da vi vet at det kan ta lang tid før pasientene føler seg fortrolige til å fortelle om slike traumatiske opplevelser (Helsedirektoratet, 2017).

Teorien om psykososial tilnærming har direkte overføringsverdi til teorien om mentaliseringsbasert tilnærming utviklet av Finn Skårderud og Bente Sommerfeldt ved Villa Sult, en privat spesialist avdeling for behandling av spiseforstyrrelser. Skårderud skiver om hvordan anoreksi utfordrer den tradisjonelle todelingen av "somatisk" og "psykisk" sykdom fordi dette er en psykisk lidelse som kan føre til store somatiske skader. En annen stor utfordring ligger i at disse pasientene er lite motiverte for behandling (Skårderud, 2016). Både det offentlige helsevesen og private aktører har utviklet sine teorier og tradisjoner for behandling av anoreksi. Felles mener de alle at dette er en kompleks sykdom som krever en helhetlig tankegang. Modum bad og idrettshøyskolen har i mange år forsket på fysisk aktivitet som en sentral del av behandling av anoreksi. Regionalt senter for spiseforstyrrelser ved Ullevål sykehuset har frontet familiebasert tilnærming de seneste årene. Disse tilnærmingene har en klar sammenheng med psykososial tilnærming og hvordan vi bør forstå denne pasientgruppen.

En psykososial tilnærming er forankret i helsefremmende arbeid på den måten at mennesket forstås i en større sammenheng hvor livet har mange dimensjoner som påvirker hverandre. Men en slik helhetlig tankegang vil pasienten motta ett helsefremmende behandlingstilbud som kan bidra til økt livskvalitet og pasientens mulighet til å mestre egne utfordringer. Helheten som Kirkengen & Næss (2017, s. 19) referer til er samspillet mellom fenomenene kropp, sosialt, mentalt og åndelig som gir en helhet. Disse dimensjonene kan påvirke og skape hverandre. Vi har blitt som vi har blitt på grunn av våre tidligere opplevelser og erfaringer. Vår utvidelse av forståelsesrammen vil gi større perspektiv (Kirkengen & Næss, 2017, s. 15). Kort oppsummert er utgangspunktet for psykososial tilnærming at alt pasienten bringer med seg må ses i sammenheng og vil påvirke hverandre. I arbeidet med en så kompleks sykdom som anoreksi oppleves det som essensielt å møte hele pasienten med dens opplevelser og erfaringer for å kunne se helheten og tilby ett best mulig behandlingstilbud.

2.2.3 Salutogen teori

Teorien om salutogenese satt i sammenheng med psykisk helse vil være relevant for denne masteroppgaven. Vi har sett på den psykososiale teorien og mentaliseringsbasert tilnærming

og skal videre se hvor komplekst sykdomsbilde til en pasient med alvorlig anoreksi kan oppleves. Antonovskys teori om salutogenese vil være relevant og oppleves som samlende for denne problemstillingen. Antonovsky har ett sentralt begrep han kaller "Sense of coherence", som ofte oversettes til "opplevelse av sammenheng". Det defineres av Antonovsky som;

.. en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerende, forutsigbare og forståelige, at man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller og at kravene er utfordringer sin det er verdt å engasjere seg i. (Antonovsky 2012, s 41)

I salutogen tilnærming er opplevelsen av mening sentralt. Antonovsky beskriver interaksjonen mellom motstandsressurser og stressfaktorer. Om menneskene eller i denne sammenheng pasientene har tilgjengelig ressurser til å overvinne de stressfaktorene de møter. Det kan være både indre og ytre ressurser, slik som økonomi, venner, god selvfølelse, kunnskap, fysisk styrke med mer. Innenfor helsevesenet snakker man ofte om at pasientene er ressurssterke og har ett godt støtteapparat rundt seg til å takle sykdommen opplever. Tilstedeværelse av helsefremmende faktorer bidrar direkte til helse og hvordan vi takler sykdom. Bevisstgjøring av hver enkelt pasient om hva som er helsefremmende faktorer for akkurat dem. (Langeland m.fl. 2012)

«Opplevelse av sammenheng» består av tre komponenter: Begripelighet, som omhandler hvor vidt man opplever de stimuli man utsettes for som kognitivt forståelig. I motsatt fall oppleves situasjonen som kaotisk, uforståelig og uforutsigbar. Grunnlaget for begripelighet er erfaringer preget av indre sammenheng. Håndterbarhet, som handler om at man opplever å ha de nødvendige ressursene for å håndtere situasjonen man er stilt overfor. Grunnlaget for håndterbarhet er erfaringer preget av hensiktsmessig belastningsbalanse. Meningsfullhet, som handler om at man opplever det som skjer i livet som utfordringer det er verdt å engasjere seg i. Her ligger selve motivasjonsfaktoren. Grunnlaget for denne komponenten er erfaringer preget av medbestemmelse, og den er viktig for å skape vår «jeg»-identitet. Om vi opplever vår rolle som viktig avhenger av om samfunnet rundt oss

verdsetter den innsatsen vi gjør (Antonovsky, 2012, s. 19-, 106-107, 139-140). De tre komponentene er sterkt knyttet til hverandre, og det er høy korrelasjon mellom dem. Alle de tre komponentene er nødvendige bestanddeler av «Opplevelser av sammenheng» (Antonovsky, 2012, s. 44).

Det salutogene er ett utgangspunkt for psykososialt arbeid. Hvis vi skal opprettholde ett salutogent perspektiv i møte med pasientene vil det være hensiktsmessig med et psykososial tilnærming hvor vi innehar en forståelse av å se hele menneske og ikke kun gitte diagnoser. Det høres ut som en selvfølge men for å ha muligheten til å forstå sykdomsbildet og pasienten vi har foran oss er vi avhengig av å ta oss tid og ha ressurser nok i en hektisk hverdag som helsepersonell.

2.3 Anoreksi

I dette avsnittet legges frem en oversikt over teori omkring diagnosen anoreksi. Jeg vil belyse temaer slik som anoreksi i historisk tilbakeblikk, hva er anoreksi, kjønn og seksualitet, årsaksmodeller, utredning og behandling av anoreksi i dag, behandling under tvunget psykisk helsevern og til slutt anoreksi og pandemi. Kapitlet starter med avsnittet om samfunnsøkonomiske perspektiver rundt spiseforstyrrelser da disse bidrar til ett innblikk i hvor omfattende kostnadene knyttet til denne sykdommen er.

2.3.1 Samfunnsøkonomisk perspektiv spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er ett omfattende samfunnsproblem i Norge i dag. I en rapport gjennomført av ROS – rådgivning for spiseforstyrrelser utført i 2022 hvor de analyserer den samfunnsøkonomiske verdien av forebyggende tiltak og lavterskel tiltak i møte med spiseforstyrrelser, konkluderer de med at de samlede samfunnskostnadene knyttet til spiseforstyrrelser estimeres til 26 milliarder kroner i 2021. Av dette utgjør sykdomsbyrden, kostnaden for redusert livskvalitet og dødelighet med omlag 60%, altså mer enn 15 milliarder kroner. Ett annet interessant funn i rapporten forteller at 98% av ressursbruken i det offentlige helsevesenet til behandling av spiseforstyrrelser ligger i

spesialisthelsetjenesten. Det viser at det i liten grad finnes lavterskel – eller andre behandlingstilbud for mennesker med spiseforstyrrelser på kommunalt nivå. Med en 60% økning i henvisninger til spesialisthelsetjenesten fra 2019 til 2021, hvor gjennomsnittlig ventetiden er på seks – ni måneder, er det svært mange som går rundt uten tilbud og venter måneder på å få hjelp hvis de da er «dårlige nok». Samtidig er dette i tråd med retningslinjene for behandling av spiseforstyrrelser, som sier at det er spesialisthelsetjenesten som er første instans ved mistanke om diagnosen. Rapporten konkluderer med ett stort samfunnsøkonomisk potensial knyttet til å satse på forebyggende tiltak. (Menon – publikasjon nr 3/2022)

2.3.2 Anoreksi i ett historisk tilbakeblikk

Holdninger og tankesett i forbindelse med mat, utseende og kroppsfasong har endret seg med tiden. Kroppens prestisje og fremtoning har vært gjennom dramatiske endringer opp gjennom historien. (Skårderud, 2017, s 43.)

Forståelse rundt egen kropp, selvbilde og selvfølelse er i sterk sammenheng med konteksten man lever og vokser opp i. Det som blir ansett som vakkert og attraktiv er i stadig endring og påvirket fra kulturen man lever i. Helt siden antikken har spiseforstyrret adferd blitt skildret i både medisinske skrifter og i skjønnlitteraturen. Kroppene ble dyrket og hadde en sentral rolle i kunsten. Skulpturene var gjerne nakne og viste en kroppslig disiplin og harmoni. Kroppen reduseres til en nødvendig plage, mens sjelen og ideene opphøyes (Skårderud, 2000, s. 43). Det var først i opplysningstiden, som var preget av fornuft og kunnskap, at fenomenet gradvis ble til en medisinsk lidelse (Vedul- Kjelsås og Götestam, 2004, s. 2369). Lidelsen fikk den medisinske diagnosebetegnelsen «anorexia nervosa» i 1874, da av William W. Gull. Hans beskrivelser 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 under 1980-tallet at denne lidelsen vekket en større interesse, hos både lekfolk og profesjonelle. Parallelt økte et samfunnskritisk engasjement, hvor ikke minst kvinnebevegelsen satt lys på det tynne skjønnhetsideal og kulturelle betingelser for identitetsdannelse (Skårderud, 2016, s. 178). Med økt søkelys og forståelse omkring spiseforstyrrelser i løpet av 1980-årene økte den faglige interessen og den kliniske kompetansen. En effekt av dette var at flere kvinner kom i kontakt med

behandlingsapparatet. Imidlertid var tilbudet 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.15).

I 1996 ble det opprettet et regionalt kompetansesenter ved Universitetssykehuset i Tromsø. I tiden som fulgte ble det ytterligere 3 regionale «seksjoner for spiseforstyrrelser». Kompetansehevingsprogrammet «Kropp og selvfølelse» ble videre opprettet i 1999 ved Ullevål sykehus. Med klinikere fra alle nivåer av helsetjenesten som deltagere. Programmet varer i 1,5 år og inneholder seminarer, gruppediskusjoner og spesialisert veiledning (Skårderud og Rosenvinge, 2001, s. 225-226). I dag er interessen for spiseforstyrrelser i Norge stor. Det har vært gjennomført omfattende forskning de siste 15 årene og man leser stadig om lidelsen i landets aviser. Det har særlig vært fokusert på spiseforstyrrelser og idrett, spiseforstyrrelser hos barn og ungdom samt spiseforstyrrelser og seksualitet. Flere private aktører har etablert seg og vært med på kompetansehevingen for helsepersonell slik som Villa Sult, Modum bad og Norsk senter for spiseforstyrrelser.

2.3.3 Hva er Anoreksi og hvem utvikler det?

Anoreksi er en spiseforstyrrelse der personen som rammes, har en endret kroppssoppfatning og et tvangspreget forhold til mat og trening for å oppnå lavere vekt. Det vil si en psykisk lidelse som handler om forholdet til mat, kropp og vekt. De karakteristiske trekkene ved anoreksi er:

lav kroppsvekt, selvfremkalt vekttap, forstyrret kroppssoppfatning, hormonforstyrrelser, forsinket pubertet dersom plagene starter før pubertet. (FHI, 2004)

Hvem utvikler anoreksi og hvorfor? Det finnes ikke noe konkret svar på det men forskning peker på at det er enkelte risikofaktorer som disponerer for utvikling av spiseforstyrrelser. Årsaksforholdene er svært sammensatte og er det vi kaller multifaktorielle. En modell for å forklare utviklingen av spiseforstyrrelser er å dele det inn i tre nivåer; disponerende faktorer, utløsende faktorer og vedlikeholdene faktorer.

Disponerende faktorer kan være en sårbarhet i personligheten som i møte med utløsende faktorer kan være med å resultere i en spiseforstyrrelse. Personlighetstrekk bak en spiseforstyrrelse. Vi vet at perfektjonistiske, tvangspregete og rigide personlighetstrekk disponerer for anoreksi. Man stiller ofte ekstrem høye krav til seg selv på de fleste arenaene i livet. Det oppleves aldri godt nok og kostholdet blir en del av livet hvor man kan mestre og ha kontroll. Genetikk har vist seg fra tvillingstudier å spille en rolle. Vi vet lite hvilke genetiske forhold som øker sannsynligheten annet enn at det er tilstede. Samhandling med nære relasjoner har vist seg å spille en stor rolle. Anoreksi utvikles ofte i ungdomsårene, foreldrenes fravær, egen psykiske helse, uforutsigbar adferd og utydelige grenser kan være skadelig for den sunne utviklingen av barnets trygghet og selvfølelse. Utløsende faktorer er dråpen som får begeret til å flyte over. Gjentagende hos anoreksi pasienter og da særlig i ungdomsårene er sen eller tidlig pubertet som fører til å føle seg annerledes enn de andre. Mobbing, tapsopplevelser og konflikter hjemme eller på skolen er andre faktorer som ser ut til å være gjeldende. Store prestasjonskrav til seg selv, det å ha en forestilling om at alt blir mye bedre hvis ting er på en spesiell måte. Innenfor anoreksi og idrett er langvarig skader en fellesnevner. Endring i en treningshverdag og ett miljø hvor man plutselig føler seg utenfor. Til sist har vi vedlikeholdende faktorer, anoreksi er en langvarig sykdom og enkelte faktorer har vist seg å bidra til å opprettholde symptomer og gjøre rehabiliteringen mer utfordrende. Disse faktorene er andre psykiske lidelser, rundt 23% av pasienter med anoreksi har en unnvikende eller tvangspreget personlighetsforstyrrelse. (Mølnevik, 2020). En annen opprettholdende faktor er familiekonflikter og negativ påvirkning fra miljøet rundt, kanskje mottar man anerkjennelse og blir beundret for en adferd som er sykkelig. Fysiologisk vil en underernæring føre til kognitiv svekkelse, som kan bidra til å vedlikeholde sykdommen slik at man verken har ressurser eller indre motivasjon til å bli frisk. (Skårderud, 2020).

Et tilfreds individ med tro på egne evner og ressurser til å takle skuffelser og utfordringer vil neppe utvikle spiseforstyrrelser, hevder Skårderud (Skårderud, 2020, s. 21).

Spiseforstyrrelser rammer de som på et eller annet vis sliter med psykiske utfordringer, som blir betegnet psykiske lidelser. Alle psykiske lidelser har det til felles at de er summen av biologiske, psykiske og kulturelle faktorer. Anoreksi kjennetegnes ved ekstrem opptatthet av vekt og kropp kombinert med en forstyrret spiseatferd og kroppssoppfatning.

Spiseforstyrrelser defineres som: «Når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å

begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten, har man en spiseforstyrrelse» (Skårderud, 2020).

Skårderud fremhever to psykologiske fenomener som er sentrale i utviklingen av spiseforstyrrelse. For det første sliter vedkommende ofte med lav selvfølelse, som sjelden er synlig for utenforstående. Ofte vil vedkommende heller overkompensere for å oppnå mestringfølelse på for eksempel områder som skole og idrett. Vedkommende kan derfor oppfattes som vellykket, og blir sett på som både flink og suksessrik. Omgivelsene opplever dem som velfungerende. De som utvikler spiseforstyrrelser, er vanligvis svært avhengig av bekreftelse fra andre. De er ytrestyrt, og omgivelsene gir dem ofte nettopp det de ønsker av positive tilbakemeldinger på utseende og den slanke kroppen. De er ofte vokst opp med å høre at det er viktig å være god. For noen tipper dette over til å bli en sykkelig tilstand (Skårderud, 2000, s. 21-22, 26-27). Høye krav er ikke unikt for spiseforstyrrelser, men en sentral del av den vestlige kulturen vi lever i (Pettersen, 2013, s. 51).

Tap av kontroll kan være en følge av belastninger på flere områder, når det kommer til individuelt, familiært, biologisk og kulturelt. Det er samspillet og totalbelastningen som fører til spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelsen kan være en løsning på hvordan man skal håndtere vanskelige følelser, problematiske relasjoner eller kravene man møter fra omgivelsene. Spiseforstyrrelser blir en strategi for å komme seg igjennom hverdagen, og derfor har de rammede et ambivalent forhold til å bli frisk. Vedkommende kan ha en opplevelse av at egne grenser har blitt krenket enten fysisk eller psykisk (Skårderud, 2020).

Spiseforstyrrelser skiller seg fra andre lidelser på grunn av de mange motsetningene. På den ene siden så er spiseforstyrrelser den mest dødelige psykiatriske lidelsen vi har og mange sliter med alvorlig nedsatt funksjonsnivå i årevis. Samtidig er flertallet av de rammede under utdanning eller i arbeid, og ser ut til å ha bra funksjonsnivå. Mange gjør det dessuten svært bra prestasjonsmessig i både skole og arbeidsliv (Pettersen, 2013, s. 47).

Det er utfordrende og sammenligne sykdommen opp i mot personlighetstrekk da det kan være en overordnet årsak til den stadige økende pasientgruppen som får diagnosen alvorlig anoreksi. Sentralt her er hvordan vårt samfunn har endret seg de siste 15 årene, og hvor

tilgang på informasjon i stor grad blir hentet fra internett av mennesker uten fagkompetanse og hvor informasjon blir slukt av ett ungt publikum uten ett kritisk blikk. Ungdata undersøkelsen viser en negativ utvikling i unges psykiske helse, og særlig hos kvinner er utviklingen til bekymring. Undersøkelsen viser at den negative trenden har sammenheng med bruk av sosiale medier (Ungdata, 2021). Det er åpenbart mange faktorer som bidrar til å utvikle og opprettholde alvorlig anoreksi, men tilgangen på informasjon de unge får gjennom internett bidrar ikke i positiv retning. Spesielt ikke for allerede sårbare mennesker. ROS – rådgivning for spiseforstyrrelser problematiserer også bruken av sosiale medier og knytter det til endret negativt kroppsbilde. (ROS, 2020)

2.3.4 Kjønn og seksualitet

Det er vanskelig å komme utenom kjønn når vi snakker om diagnosen anoreksi. Kjønnsfordelingen er om lag 90% kvinner og 10% menn. Innenfor psykiatrien er en slik kjønnsfordeling helt unik. Sykdommen debutterer hyppigst i alderen 16 til 18 år. I tillegg til en kraftig øking i henvendelser til spesialisthelsetjenesten er det en tydelig tendens at pasientene som henvises blir yngre, helt ned i 12 årsalderen. (FHI, 2022).

Forskning utført av S.Holmes et al, publisert i National Library of Medicine. Undersøker bruken av en feministisk tilnærming i en behandlingsgruppe over 10 uker. De konkluderte med at sosial-kulturelle faktorer slik som betydningen av kjønn i behandlingen av anoreksi høyst sannsynlig ofte blir oversett. De stilte spørsmål ved om sosial- kulturelle faktorer kan bli marginalisert i behandling av spesielt alvorlig anoreksi. De så på hvordan sosiale konstruksjoner om kjønn som sentral i utviklingen anoreksi og den kulturelle forståelse av kvinnelig femininitet. Det er sentralt å spørre seg hvorfor det blir tatt så lite hensyn til femininitet og vår kulturelle forståelse av dette når utviklingen av en anoreksi diagnose er så dominert av kvinner (Holmes. 2017).

Vestlig kultur er ekstrem i sitt fokus på kropp som tegn på personlig og sosial suksess. Det og være slank knyttes i vår vestlige overflodsverden til selvkontroll, disiplin og moralsk styrke. Slankhet er i vår kultur ett skjønnhetsideal. Det kan også vises i idrettens jag på resultater og medieskapte idealer med stor makt over oss. Estetisk kan vi si at kvinnekroppen i større grad

enn mannens blir gjort til ett objekt som vurderes. Kvinnekroppen er lettere å innvandre ved uønsket seksuelle tilnærminger og overgrep. Hvis vi ser til filmverden ser vi en seksualisering av stadig yngre kvinner, det kan ikke sies å være på samme måte for menn. Forskning utført A. LaMarre et.al konkluderer med at temaer slik som medias påvirkning, kjønnsforskjeller, levde erfaringer og uønsket seksuelle erfaringer må ha ett større fokus i behandlingen av anoreksi. De skriver videre at i dagens behandling av anoreksi blir disse faktorene ofte satt til side på grunn av det kritiske somatiske perspektivet hvor pasienten må re-ernæres for å være utenfor fare for liv og helse. Hvor forsømmelse av disponerende og opprettholdende faktorene kan bidra til ett lengre sykdomsforløp. (LaMarre et al. 2022) Dette er svært sentralt i forhold til hva jeg ønsker å belyse i min oppgave. Hvordan en helhetlig tilnærming vil være til fordel i behandling av alvorlig anoreksi diagnose.

Ungdom blir stadig yngre når de utsettes for medias påvirkning. I følge en rapport fra redd barna har nesten halvparten av norske 13- 18 åringer har sett porno på nett. Av de som har sett porno hadde 60% sett dette før fylte 13 år. Ungdommer eksponeres for seksualitet på en helt annen måte enn for bare 10 år siden. Funnene tyder på at porno – titting i tidlig alder påvirker de unges kunnskap om sex og deres seksuelle adferd. De ser sammenheng mellom bruk av pornografi og press om å være med på grenseoverskridende seksuelle handlinger (Redd barna, 2020). En rekke undersøkelser antyder at om lag 30% av de som utvikler en spiseforstyrrelse har vært utsatt for fysiske og seksuelle overgrep. Dette er omtrent det samme nivå som i andre grupper av psykiatriske pasienter. Psykolog og forsker Kari Anne Vrabel ved Modum bad, ett privat spesialist senter for behandling av anoreksi konkluderer i sin doktorgrad med en betydelig sammenheng mellom anoreksi og det og ha blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Det er første gang en slik sammenheng har blitt påvist. Dette gjaldt om lag 1/3 av pasientene de hadde til behandling over en 10 års periode. Felles for disse pasientene var at de opplevde ingen bedring ved behandling eller i årene etterpå. (Vrabel et al, 2010).

Anoreksi debuterer hyppigst rundt 16 årsalder, de seneste årene har vi sett en tendens til at pasientene blir yngre og yngre når de utvikler sykdommen (FHI, 2022). Det er ikke tilfeldig at sykdommen utvikler seg i starten av puberteten, kvinnekroppen er igjennom store endringer slik som vektoppgang, høyde, menstruasjon og hårvekst som kan være vanskelige å takle.

Det og gå fra barn til kvinne bringer med seg at du blir vurdert og kommentert i ett samfunn og en kultur som er så digitalisert og til en hver tid forteller oss hvordan vi bør se ut. I forbindelse med forventninger bruker Anna Lydia Svalastog begrepene kroppslig determinert kvinnelighet og valgfri mannlighet for å vise at kvinnen er bundet til hennes biologi, mens mannen står mer fritt. Her er det snakk om «kvinnelighet som ansvar og biologisering av kvinnelighet i kontrast til mannlighet som potensielt ansvarsfri og ubundet av biologi» (Svalastog 1998). Med å være bundet av biologi forstår jeg som en tanke om at kvinnen i større grad blitt vurdert opp i mot kjønnnet sitt og deres prosesser. Hvis vi ser til det populære kulturelle er det tydelig og se hvordan ett kvinneideal skapes ved at de skal være unge, vakre og uskyldige. Den kvinnelige seksualiteten bringer med seg å bli sett og vurdert. Puberteten bringer med seg større pupper, lår og rumpe. I lys av anoreksi kan vi tenkes oss at dette er noe man kanskje ønsker å «slippe unna» ved å være syk ved underernæring.

2.3.5 Utredning og behandling av anoreksi i dag

I 2017 kom det nye nasjonale faglige retningslinjer for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Disse retningslinjene skal sette «en faglig, felles standard for å styrke kvaliteten og tilbudet i hele landet og hindre uønsket variasjon» (Helsedirektoratet 2017a)

Diagnosen anoreksi krever at fem kriterier er oppfylt, jf ICD-10. Disse er vekttap, avvisning av kaloririk mat, forstyrret kroppsoppfatning, hormonelle forstyrrelser og at bulimia nevrosa ikke er til stede. Sykdommen kjennetegnes av tvangshandlinger og villedende oppfatninger om egen situasjon, noe som vanskeliggjør vurderingen av samtykkekompetanse. Personer med anoreksi kan mangle innsikt i eget sykdomsbilde. Det er karakteristisk at pasientene ofte nekter behandling, til tross for fare for eget liv og helse. Mange blir derfor brakt til helsevesenet av pårørende eller annet hjelpeapparat. (Syse, 2007)

Behandlingsforløpet

Tidlig diagnose og behandling er avgjørende for å få et godt forløp. Flere undersøkelser viser imidlertid at pasienter med spiseforstyrrelser venter lenge før de søker hjelp, ofte mer enn 5

år. Mange kan ha et ambivalent forhold til det å søke hjelp og få behandling. De fleste starter behandlingsforløp hos fastlege. Noen fastleger behandler moderate former for spiseforstyrrelser. Med moderat menes spiseforstyrrelser hvor det ikke er fare for alvorlig underernæring. Ved disse tilfellene henviser fastlege videre til polikliniske samtaler hos psykolog og/eller ernæringsfysiolog på DPS (distrikts psykiatriske sentre) eller UPS (Ungdomspsykiatrisk avdeling). Disse tilbyr både poliklinisk behandling og døgnbehandling. Videre har flere sykehus opprettet egne fagteam for behandling av spiseforstyrrelser, her tilbys både innleggelse og poliklinisk samtalebehandling. Det er få plasser, lengre ventetid og forbeholdt de pasientene med alvorlig og langt sykdomsforløp. I de private helseinstitusjonene som behandler anoreksi kan spesialisthelsetjenesten henvise slik at det offentlige betaler plass for pasienten eller de kan søke seg inn selv. Her er det gjennomsnittlig ventetid på seks – ni måneder. (Helsedirektoratet, 2017) De gjennomfører ofte samtaler i forkant for å kartlegge pasientens motivasjons til behandling. Dette er frivillig behandling hvor pasienten må være motivert, ha ett ønske om å bli frisk og følge institusjonens behandlingsopplegg. Hvis behandlingsplan ikke følges kan pasienten bli utskrevet. I Norge har vi flere private spesialenheter for døgnbehandling av spiseforstyrrelser. Dette omfatter Modum bad, Capio anoreksi senter i Fredrikstad, Friskstiftelsen på Elverum og Villa Sult Oslo. Disse enhetene har om lag 10 – 20 plasser. Når vi vet at det er om lag 0,5% av befolkningen av kvinner i aldersgruppen 15-44 år som har en anoreksi diagnose er det få pasienter som kommer gjennom nåløyet samt kan krysse av for kriteriene for innleggelse. De pasientene som er livstruende syke slik at det er fare for liv og helse men fremdeles motsetter seg behandling kan bli lagt inn til behandling under tvunget psykisk helsevern. Men hva med de pasientene som motsetter seg helsehjelp men som ikke er så syke at det er fare for liv. Det kan være årevis med nedsatt livskvalitet og lite sosialt nettverk. Pasienter med alvorlig anoreksi unnviker ofte sosiale tilstelninger hvor det serveres mat. I vår kultur bygges mye av det sosiale livet vårt seg rundt mat og drikke.

I denne oppgaven undersøkes behandlingstilbudet til pasienter innlagt ved psykiatrisk døgnavdeling. Retningslinjene for behandling av anoreksi anbefales døgnbehandling ved stort vekttap på korttid, alvorlig undervekt, ustabile somatiske parametre og/eller sammenbrudd i omsorgssituasjonen til pasienten. Ved manglende effekt av poliklinisk behandling bør døgnbehandling vurderes. Helsedirektoratet nevner at utredning og

behandling av spiseforstyrrelser forutsetter tilstrekkelig kompetanse på utredning og behandling av diagnosen. Samt rammer og ressurser til å gjennomføre behandlingen. Kompetansen bør være en kombinasjon av teoretisk kunnskap og klinisk erfaring. Ved døgnenheter er det av betydning av de fysiske rammene og det miljøterapeutiske tilbudet med mulighet for å ivareta individuelle behov er tilstede. Psykiatrisk behandling av pasienter med spiseforstyrrelser vil være en kombinasjon av konkrete atferdstiltak rettet mot reduksjon av spiseforstyrrelsessymptomene og annet psykoterapeutisk arbeid rettet mot underliggende og vedlikeholdende faktorer. Ved siden av målet om å redusere undervekt, bør det videre være ett fokus på opprettholdende faktorer og et mål om å redusere dette gjennom individuelle og gruppebaserte tiltak. Retningslinjene er tydelig på at ett helhetlig behandlingstilbud som fokuserer på mer enn bare reduksjon av undervekt er av betydning. (Helsedirektoratet, 2017)

2.3.6 Behandling under tvunget psykisk helsevern

For å gi ett tydelig innblikk i informantenes arbeidsplass ønsker jeg å belyse den delen av psykisk helsevern som befatter tvang. Alle informantene arbeider på offentlig sykehus hvor dette er en del av arbeidshverdagen. I lys av anoreksi pasienter kan dette være tvangsernæring, tvangsinnleggelse eller bruk av mekaniske tvangsmidler ved for eksempel selvskading.

For å gi helsehjelp er helsepersonell avhengig av ett informert samtykke. Høsten 2017 kom det endringer i loven om psykisk helsevern. Endringene gikk blant annet ut på at pasienten må mangle samtykkekompetanse for å kunne legges inn under tvunget psykisk helsevern. De viktigste endringene går ut på at samtykkekompetente pasienter kan motsette seg ethvert tilbud om observasjon, utredning og behandling. Pasientene må da være så syke at de mister sitt samtykke kompetanse for at vi skal kunne gi dem hjelp under tvunget psykisk helsevern. Dette fører til at denne pasientgruppen som vi allerede vet har lite forståelse angående eget sykdomsbilde og kognitivt svekket ikke kommer inn til døgnavdeling før de er så syke at det er fare for liv og helse. Dette kan føre til en mer langvarig rehabiliteringsprosess for de pasientene der poliklinisk behandling ikke er tilstrekkelig. Indikasjoner for innleggelse i tvunget psykisk helsevern er når poliklinisk behandling og eventuelt frivillig døgninnleggelse

er forsøkt uten ønsket bedring grunnet manglende sykdomsinnsikt og samarbeidsevne. Det vurderes juridisk grunnlag og behov for rammene av tvunget psykisk helsevern og tvangsernæringsvedtak eller den somatiske tilstanden krever at pasienten er på sykehus med rask tilgang på somatiske undersøkelser og tilsyn, uten at den er så alvorlig at den krever innleggelse i somatikken. Hovedoppgaven når en pasient blir lagt inn under tvunget psykisk helsevern med alvorlig underernæring vil innebære å øke vekt, bedre somatisk status og føre pasienten ut av fare for liv. De aller fleste anoreksi pasienter som dør, dør av hjerte stans. (Mølnevik, 2020). Videre vil det være en klar målsetting knyttet til å etablere regelmessige måltider, normalisere spising, stoppe eller redusere kompensatorisk atferd, som f.eks. oppkast eller overtrening. Ved undervekt er det viktig å ha som mål å oppnå normalvekt. Videre må det være fokus på opprettholdende faktorer og et mål om å redusere dette. Ved døgnbehandling er miljøterapien sentral, og det bør være en kombinasjon av individuelle og gruppebaserte tiltak med fokus på pasientens ressurser. (Helsedirektoratet, 2017).

Helsedirektoratet skriver at døgnbehandling for denne pasientgruppen bør skje i enheter som har et spesialisert tilbud til denne pasientgruppen. Min erfaring viser at når disse pasientene blir lagt inn under tvunget psykisk helsevern er de som oftest på døgnavdelinger som også rommer andre psykiatriske diagnoser. I Norge er det kun noen få regionale spesialist avdelinger som tar i mot kun denne pasientgruppen. Pasientene med anoreksi krever svært mye av personale på psykiatriske døgnavdelinger, dette medfører at de har maks 2-3 plasser til pasienter med denne diagnosen av gangen. Det er kuttet 800 sengeplasser i psykiatrien fra 2013- 2018 og hele 30% av henvisninger til spesialist helsetjenesten for psykisk helsevern blir avvist uten vurdering. Disse tallene viser at det er mange som trenger hjelp og det kan ta lang tid og få plass. (Statens helsetilsyn, 2022)

2.3.7 Anoreksi og pandemi

Etter korona-pandemien slår flere av de største sykehusene i landet alarm. Barn helt ned i 10 års alderen er innlagt med alvorlig anoreksi og de er både yngre og sykere enn tidligere. Det er nærliggende å tenke at når verden er ute av kontroll, så søker vi til kroppene våre som arena for nettopp å ivareta kontroll. Det ble vanskelig for mange da rutiner røk, treningssenter ble stengt, skolen ble stengt, rutinene og rytmen mange har som en slags

trygghet ble påvirket. De som hadde det dårlig før, har fått det dårligere under pandemien. (Skårderud, krisekonferansen 2021.) Tall fra Helse sør-øst viser at det sammenlignet med 2019 var en økning med 59% flere unge mennesker til behandling for en spiseforstyrrelse i 2021. Flere av pasientene peker på pandemien som årsak. Hjemmeskole, fravær av fritidsaktiviteter og mindre sosial omgang. At de som tar kontakt er yngre, bekrefter spiseforstyrrelsesforeningen (Spisfo). Organisasjonen har merket en drastisk økning i antall unge som tar kontakt. Bekymringen går ut på at det er alvorlige situasjoner, barn ned i 7 års alder tar kontakt. Anoreksi er generelt svært ressurskrevende å behandle, det skyldes at sykdommen har både en somatisk og psykologiske aspekter man må ta hensyn til (Fuglenes, 2021). Dette oppleves som såpass viktig og interessant at jeg ønsket å legge til ett spørsmål i intervjuguiden hvor jeg spurte informantene om dere opplevelse av anoreksi etter pandemien.

2.4 Annen relevant teori

Med bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål er det relevant og ha med teori om den terapeutiske relasjonen og maktfordeling i samhandling mellom helsepersonell. Dette er sentrale emner i arbeidet som miljøterapeut ved en psykiatrisk døgnavdeling.

2.4.1 Den Terapeutiske relasjon

I denne oppgaven blir den terapeutiske relasjonen verdt å nevne da informantene arbeider som primærkontakter for pasienter med anoreksi. Disse pasientene er til behandling i gjennomsnitt seks – ni måneder og god terapeutisk relasjon er nødvendig for å bidra til god behandling. Psykisk helsearbeid handler mye om relasjonsbygging som behandling, og relasjonskompetanse i møte med pasientene. Den terapeutiske relasjonen skal være preget av åpenhet, ærlighet og nærhet, samtidig som at holdningen til terapeuten skal bære preg av omtanke, varme og omsorg. Den terapeutiske relasjonen kan på mange måter ha fellestrekk med tanken på en god omsorgsperson. Relasjonen bær tilstrebe å være preget av omsorg og genuinitet. Relasjonen er ment å være et hjelpemiddel i behandlingen ved at terapeuten gjennom relasjonen kan starte en endringsprosess i brukeren. (Haugsgjerd et al.,

2009, s. 260). Skårderud et al. (2020, s. 41) hevder at klinikers problemer med å forstå spiseforstyrrelser i noen tilfeller kan føre til begrenset mentalisering hos terapeuten, som igjen kan bidra til brudd i den terapeutiske relasjonen. Relasjonsarbeid handler mye om å være bevisst egne følelser, erfaring, holdninger og handlingsmønstre. Hva man som terapeut bringer med seg inn i relasjonen og arbeidet er vesentlig for hvordan vi møter og forstår pasienten. Ifølge Levin og Ellingsen (2015, s. 123) innebærer en viktig del av relasjonskompetansen å kunne ha et kritisk blikk på seg selv, eget menneskesyn og kunne være kritisk på hvordan egne kommunikasjonsferdigheter påvirker relasjonen. Videre er empati en sentral del av å bygge relasjon, det handler om å oppleve pasientens fortvilelse og smerte uten å la seg bli for følelsesmessig involvert. (Haugsgjerd et al., 2009, s. 260–261). Ved å oppleve brukerens fortvilelse og smerte uten å stå i følelsene, kan terapeuten bidra som en støttespiller for pasienten. Ved å være empatisk opptrer terapeuten som et medmenneske og en støttespiller.

Svenaesus beskriver at empati handler om å forstå pasienten og hans og hennes situasjon og behov; det personlig opplevde og de subjektive erfaringene. Det hevdes at empati gjør faglige vurderinger mer kvalifiserte og bidrar til å ivareta pasientens verdighet. Svenaesus framholder betydningen både av det fremmede og det kjente når han sier at det som kjennetegner empati er at man er i stand til å forstå den andres perspektiv. Det som gjør forståelse mulig er likheten, det vi har til felles. Samtidig er forståelsen aldri fullstendig. Det som hindrer forståelse er vår unikhhet. Denne forståelsen sammenfaller med en psykososial tilnærming hvor man tilstreber en helhetlig forståelse av pasienten. Man ønsker å skaffe seg en forståelse av alt pasienten bringer med seg og er refleksiv i forhold til eget arbeid. (Svenaesus, s.194. 2011)

2.4.2 Maktfordeling i samhandling mellom helsepersonell

I studien er det avgjørende å forstå samhandlingen på tvers av helseprofesjonene for å best mulig belyse problemstillingen. For og forstå forholdet mellom miljøterapeuter og behandlere (leger og psykologer) må maktforholdet mellom dem belyses og diskuteres. Det er sentralt å forstå hvorfor samarbeidet på noen arbeidsplasser fungerer dårlig og hvorfor det andre steder fungerer godt, for å kunne videreutvikle praksis. Disse helseprofesjonene arbeider innenfor et relativt rigid hierarkisk system som holdes ved like av ulike former for makt. Hvor legene i lang tid har en naturlig rolle på toppen av dette hierarkiet. Max Webers definisjon på makt definerer makt som "et eller flere menneskers sjanse til å sette igjennom sin vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltagere i det kollektive liv skulle gjøre motstand".

Webers forståelse av makt som et relasjonelt fenomen beskriver er maktfordelingen i et byråkrati relasjonell, rollebetinget, knyttet til kompetanse, og orientert mot sak og rettferdighet. Han hevder videre at makt forekommer i alle sosiale situasjoner og at den som har størst sjanse til å få igjennom sin vilje har mest makt. Det er ikke slik at makt alltid utøves men i det begge parter er klar over det usymmetriske maktforholdet, har den med mest makt størst mulighet for å få sin vilje igjennom, selv før reell makt har blitt brukt. (Weber. 1971)

Weber beskriver den tradisjonelle legitimitetsgrunnen består av at vi adlyder en bestemt person fordi det er "skikk og bruk", og det er slik vi er vant til at det skal gjøres. Karismatisk legitimitetsgrunn er at vi adlyder en bestemt person på bakgrunn av hans spesielle egenskaper. Legal og rasjonell legitimitetsgrunn er når vi adlyder personer som innehar bestemte stillinger, f.eks. leger fordi vi mener de har rett til å fatte beslutninger, en rett som er basert på forutsetningen om at systemet vi er en del av fungerer best på den måten. Det er ikke personen selv som adlydes, men lovverket. Overført til denne oppgaven hvor vi ser strukturell makt, hvor makt er basert på formelle strukturer som sikrer at bestemte posisjoner har makt over andre. Dette er makt forbeholdt de få på bekostning av mange. Slik som leder, mellomleder og videre, ettersom hvor i organisasjonen de befinner seg. (Engelstad, 2005)

Ellingsæter og Solheim (2002) hevder at faglige kvalifikasjoner tilskrives ulik verdi. Det er ikke likegyldig hvilken kunnskap man har i et hierarki. Man blir i tillegg plassert på rangstigen etter antatte egenskaper, det vil si at det ikke hva du virkelig kan som sykepleiere eller lege som gir deg plasseringen, men det folk tror at sykepleiere og leger kan. Kjønn, profesjonsmakt og kontekst i et samspill definerer posisjonsmakten til den enkelte makten til helsearbeidere. Michel Foucault har hatt innflytelse på helse- og sosialfagene blant annet med sine studier av psykiatriske sykehus. Det han er mest kjent for er hans analyser av forholdet mellom kunnskap, makt og subjektivitet. Hans tenkning rundt strukturer som omgir mennesker i helseforetak og hvordan makten beveger seg mellom innlagte og ansatte er relevant i forhold til denne oppgaven. Utgangspunktet til Foucault var at makt må forstås som en relasjon, alltid i bevegelse. Foucault legger også vekt på hvordan kunnskap og makt er sterkt knyttet til hverandre. Innenfor makt snakket Foucault om begrepet diskurser. Dette er en måte å tenke, snakke og diskutere fenomener på. I teorien til Michel Foucault om diskurs er makt noe som strømmer gjennom oss alle, og som blir utøvd gjennom språket i samhandling med andre. Dette er krefter som ikke nødvendigvis bare er negative, men som er med på å skape rammene vi lever innenfor i samfunnet (Giddens, 2017). Overført til denne oppgavens kontekst kan man tenke seg hvilken makt som finnes i relasjonen mellom behandler og miljøterapeut. Diskursen her blir basert på hvordan helsesektoren og systemet er bygd opp og etablert over lang tid. Måten systemet er etablert er styrende for arbeidet miljøterapeutene utfører.

3.0 Metode

I dette kapitlet gjør jeg rede for og begrunner metoden jeg har benyttet for å svare på studiens problemstilling. «Hvordan sikre nødvendig psykososial tilnærming til anoreksi pasienter ved døgnavdeling i psykisk helsevern?» Studiens hensikt er å utvikle en dypere forståelse av helsepersonellens erfaringer knyttet til psykososial tilnærming ved behandling av anoreksi på en psykiatrisk døgnavdeling. Målet er å sette søkelys på hvordan teorien om psykososialt arbeid blir anvendt i den daglige oppfølgingen av pasientgruppen. Videre ønsker jeg å belyse potensialet ved å benytte denne teorien og om den kan bidra til å en bedringsprosess hos pasienter som behandling for alvorlig anoreksi under psykisk helsevern.

Jeg gjør videre rede for forskningsprosessen, hvorfor valget falt på kvalitativt forskningsintervju. Videre til valg av metodisk tilnærming, prosessen av å finne informanter, utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring av intervju, transkribering og analyse av funn. Dette kapitlet vil også belyse hvilke analysemetoder jeg valgte for intervjumaterialet. Videre redegjør jeg for etiske overveielser, refleksivitet, forskningens troverdighet og mine egne refleksjoner og forståelse av forskningsprosjektet.

3.1 Valg av metodisk tilnærming

For å gi et mest mulig helhetlig og transparent bilde av forskningsprosessen vil jeg gjøre rede for hvilke metodiske valg som er tatt og hvordan de er gjennomført. I denne oppgaven bruker jeg kvalitative intervjuer som metode. I boken *Det kvalitative forskningsintervju* (2015) hevder Kvale & Brinkmann at det første du må bestemme deg for vedrørende forskningsprosjektet er hvilken metode du skal bruke for å oppnå det mest dekkende svaret på problemstillingen din. Jeg har valgt å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse for og belyse hvor vidt en psykososial tilnærming blir anvendt i den daglige oppfølgingen av pasienter med anoreksi innlagt under psykisk helsevern. Hvor mye makt har primærkontakt som står for den daglige oppfølgingen til å påvirke behandlingsplan og hvordan er handlingsrommet til å utføre ønskede tiltak. Målet mitt var å få unike fortellinger fra informantenes egen livsverden og dermed oppnå en dybdekunnskap om miljøterapeutens opplevelse som primærkontakt for denne pasientgruppen. Valget falt derfor på en kvalitativ

undersøkelse. 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 fenomenologisk vitenskapssyn er forankret i kvalitativ forskning, og det er denne tilnærmingen jeg har benyttet i min studie. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver intervjuet som en situasjon der personens hverdagsliv er i fokus. Man ønsker som intervjuer å få beskrivelser av en livsverden, uten fordommer. Ifølge fenomenologen danner de kvalitative undersøkelsene av disse opplevelsene vitenskapelige teorier om den sosiale verden, fordi det bidrar til et nært innsyn i hvordan menneskene opplever sin livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46, 47). I denne studien har jeg ett fenomenologisk vitenskapssyn med utgangspunkt i hver enkelt opplevelse og tilstreber en helhetlig forståelse i den unike persons opplevelser og erfaringer. Det vesentlige er hvordan informantene opplever sin verden og hva som er viktig og reelt for dem. (Thagaard, 2009). Forforståelse er et begrep som stammer fra fenomenologien (Johanson, 2016). Det handler om å reflektere rundt egen forforståelse, slik at strategien for å se og gripe et fenomen som noe eget og noe som er utenfor ens egne begrensede forutsetninger. Forståelseshorisonten eller forforståelsen beskriver Johannessen et. al (2010, s. 35) som noe alle som forsker har, når man skal undersøke et fenomen. Alle mennesker har en forforståelse, våre erfaringer og kunnskap om virkeligheten bruker vi til å forstå alt det som skjer rundt oss. Formålet med studien har vært å ha en fenomenologisk tilnærming til fenomenet en psykososial tilnærming i møte med anoreksi pasienter innlagt ved psykiatrisk døgnavdeling. Målet var ikke å finne noen universelle sannheter, men få ett innblikk i miljøterapeutenes egen verden. Ved slike personlige beskrivelser kan vi nærme oss ulike fenomener på en ny og kanskje annerledes måte. Overført til min oppgave innebærer dette at det er min forståelse bygger på mine forkunnskaper, mine verdier, holdninger og bakgrunnskunnskap som ligger til grunn for hvordan jeg møter informantene og forstår deres opplevelser. Videre ønsker jeg å oppnå ny innsikt og kunnskap ved å tolke materialet innhentet i intervjuprosessen. Den nye innsikten som oppstår gjennom analyse og drøfting bidrar til en ny forståelsesramme som danner grunnlaget for nye fortolkningsmuligheter. (Thagaard, 2013, s. 42)

3.2 Tilgang til feltet og utvalg av informanter

Når jeg mottok positiv tilbakemelding fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) startet prosessen med å finne informanter. Det ble sendt en mail til seksjonsleder ved de ulike avdelingene, for å høre om de hadde informanter til oppgaven. Informantene kommer fra tre ulike døgningstusjoner rundt om i fylket hvor alle har pasienter med alvorlig anoreksi. Alle informanter jobber i det offentlige helsevesenet. Jeg valgte informanter kun fra det offentlige helsevesenet fordi jeg opplever at premissene for behandling kan være noe annerledes i det privat. Med tanke på ressurser, tid og midler den enkelte avdeling har. Jeg så 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 høyst sannsynlighet kunne preget studien. Både seksjonsledere og informantene var svært imøtekomende og det viste seg at arbeidet med å skaffe informanter gikk raskt for seg. De fikk sendt over informasjonsskriv (Vedlegg 1) og samtykkedokument (Vedlegg 2) på epost før vi avtalte tid til intervjuene. Informasjonsskrivet inneholdt en kort beskrivelse av prosjektet, intervjuet tidsperspektiv, informasjon om konfidensialitet og frivillighet samt informasjon om muligheten til å trekke seg fra studien når som helst uten begrunnelse. Avtalen videre var at seksjonsledere skulle ta dette opp på personalmøte og høre om noen ansatte ønsket å delta. En svakhet ved denne rekrutteringsmetoden er mulighetene for at seksjonslederne kan velge de «mest egnede» miljøterapeutene som informanter. Det tok omlag to uker fra første kontakt til jeg hadde avtalt tidspunkt for intervjuer ved de tre ulike avdelingene. Kontakten vi hadde foregikk i stor grad på epost og sms.

Flere inklusjonskriterier for utvelgelse av informanter ble benyttet. Døgningstusjoner hvor det arbeides miljøterapeutisk ble valgt fremfor poliklinikker og dagbehandling fordi det var dette som best ville gi grunnlag for å svare på min problemstilling om psykososial tilnærming i behandlingsopplegg utført ved døgnavdeling. Videre var det et kriterium at miljøterapeuten skulle ha arbeidet over et år ved en psykiatrisk døgnavdeling hvor pasienter som lever med anoreksidiagnose er innlagte, slik at de hadde et visst erfaringsgrunnlag.

Det var opprinnelig rekruttert seks miljøterapeuter til studien hvor en måtte trekke seg få dager før intervjuet grunnet sykdom. Det var ikke mulighet for informanten og stille opp på ett senere tidspunkt. Det ble derfor fem informanter til studien, antallet ble avklart med veileder. Alle informantene var kvinner, dette var ikke ett bevist men det ble sånn da hoveddelen av de ansatte på avdelingene er kvinner og det var disse som meldt sin interesse for deltagelse. Kvinnene hadde fra 2 til 20 års erfaring med å arbeide miljøterapeutisk med pasienter med en alvorlig anoreksidiagnose innelagt i psykiatriske døgnavdelinger.

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 innhente informasjon og få verdifull innsikt benyttet jeg halvstrukturert intervju. Halvstrukturert intervju er godt egnet når man ønsker å studere møter mellom mennesker og ett sosialt samspill. Dette fordi ett halvstrukturert intervju gir anledning til å stille oppfølgingsspørsmål og kan bidra til mer flyt i samtalen. (Brottveit, 2018. s. 92)

3.4 Intervjuguide

Spørsmålene til intervjuguiden kom til på bakgrunn av valgt problemstilling og forskningsspørsmål. De kommer fra forkunnskaper knyttet til erfaringer fra eget arbeid med pasientgruppen og kunnskapsgrunnlag gjennom tidligere forskning og teori fra masterstudie i psykososialt arbeid. En intervjuguide (Vedlegg 3) ble laget for å sikre å få stilt alle spørsmålene, jeg hadde ett fokus på å stille spørsmålene på en åpen og undrene måte slik av informanten fikk mulighet til å reflektere over de områdene jeg fant interessant og sentrale for å bidra til å belyse problemstillingen. Dette sammenfaller med en fenomenologisk tilnærming hvor jeg er ute etter informantenes fortellinger. Intervjuguiden ble bygd opp slik at informantene startet med å svare på noen informasjonsspørsmål om seg selv, slik som alder og arbeidserfaring. Videre spurte jeg om deres bakgrunn og erfaring med en psykososial tilnærming før jeg gikk dypere inn på deres arbeidshverdag. Målet var å gjøre

intervjusituasjonen trygg slik at informantene følte at de kunne åpne seg opp og dele sine tanker og følelser. I tillegg hadde jeg forberedt meg på oppfølgingsspørsmål og hvordan jeg stilte disse for å få mer utdypende svar. Erfaringen etter endte intervjurunder var at informantene var åpne og engasjerte, de ønsket å dele sine erfaring og refleksjoner rundt tema mitt.

3.5 Gjennomføring av forskningsintervju

Før jeg begynte å intervju informantene gjennomførte jeg ett testintervju av en sykepleier som arbeider med pasienter med diagnosen anoreksi i min vennekrets. Testintervju ble transkribert og deretter gått igjennom med medstudenter. Intervjuet gav meg verdifull informasjon om hvordan intervjuguiden fungerte og det bidro til noen små endringer på spørsmålene. Det bidro til mer trygghet og følelsen av å ha vært i situasjonen tidligere. Selve intervjuet foregikk med diktafon applikasjon og lagret i TSD slik at jeg fikk testet hvordan dette fungerte før de ordentlige intervjuene startet.

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass i deres arbeidstid. Det ble anbefalt et nøytralt sted for å gjennomføre intervjuene, men dette lot seg ikke gjøre for informantene. Intervjuene ble gjennomført på ett lukket grupperom utenfor avdelingen informantene arbeidet på, slik at vi satt i fred og ro uten muligheter for avbrytelser. Mitt inntrykk er at dette fungerte fint for informantene og at de ønsket og bli intervjuet i arbeidstiden. Intervjuene fant sted i august og september 2022, intervjuene ble transkribert fortløpende. Allerede i transkriberingen skjer det en fortolkning, i det man gjør om ett muntlig språk til et skriftlig er man med på å gi en stemme til materialet. (Kvale og Brinkmann, 2015, s.212). Dette var noe jeg var oppmerksom på underveis i transkriberingen. Alt informantene sa ble skrevet ned selv, selv små pauseord som «hm» der det ble relevant for teksten. Dette for å forstå intervjuet i sin sammenheng og kontekst når de senere skulle leses. Hvis informanten la trykk på ord for å poengtere noe, markerte jeg dette med å sette en strek under ordet. Anonymisering av intervjuet startet i transkriberingen ved at jeg gjorde om fra dialekter til bokmål og andre indentifiserende informasjon ble omgjort til «xxx». Lydopptakene ble lagret trygt i TSD og slettet så snart det lot seg gjøre. Informantene ble titulert med miljøterapeut 1-5. I etterkant av intervjuet når lydopptakeren ble slått av spurte

jeg informantene hvordan det var og bli intervjuet. Jeg var tydelig på at de fremdeles hadde mulighet til å trekke seg fra studien hvis det var noe de ønsket. Det var gode tilbakemeldinger som jeg tok med meg som erfaring inn i de videre intervjuene. Praten ble mer uformell og vi fikk landet samtalen. Samtlige av informantene ga uttrykk for at det hadde vært en lærerik og positiv erfaring å delta i studien. Flere syntes tematikken var spennende og med problemstillinger de nesten daglig møter på og diskuterer seg i mellom. Det bidro til at jeg opplevde studien min som viktig og relevant. Samtlige fikk tilbud om å få transkribert materiale til gjennomlesning, noe ingen av informantene ønsket. De ville gjerne ha tilsendt den ferdige oppgaven når den tid kom.

Til slutt spurte jeg informantene om jeg kunne ta kontakt ved behov for avklaring i etterkant av intervjuene, dette samtykket samtlige til. De ble også bedt om å ta kontakt hvis det var noe de lurte på. Jeg mottok ingen kommentarer, spørsmål eller ønsker om endringer. Jeg hadde selv heller ikke behov for å ta kontakt etter endt intervjuer.

3.6 Presentasjon av aktuelle avdelinger

Jeg har intervjuet fem miljøterapeuter som arbeider på tre ulike døgnavdelinger. En spesialistavdeling som arbeider med kun pasienter med en spiseforstyrrelsesdiagnose og to allmenpsykiatriske døgnavdelinger. I oppgaven blir lagt liten vekt på hvilke avdelinger disse miljøterapeutene arbeider ved men de blir kort beskrevet her allikevel.

Spesialistavdeling er en avdeling som kun huser pasienter med en spiseforstyrrelses diagnose. De ansatte har spisskompetanse og videreutdanning innenfor feltet. Dette er en avdeling med plass til 10 pasienter og hvor det ofte kan være lange ventelister. Pasientene som kommer hit kan ha ventet opp mot 12 måneder på plass. De to allmenn psykiatriske døgnavdelingene er døgnavdelinger hvor de huser pasienter med alle typer psykiatriske diagnoser. De ansatte har ofte videreutdanning i psykisk helsearbeid men ikke så mange spesifikt på anoreksi. Disse avdelingene har plass til 10- 15 pasienter.

3.7 Relabilitet og validitet

Relabilitet beskrives ifølge (Johannessen et al, 2010) som lite hensiktsmessig i kvalitativ forskning da det ikke benyttes strukturerte datainnsamlingsteknikker slik som i kvantitativ forskning. I Kvalitativ forskning er det ofte en samtale/ observasjon som styrer datainnsamlingen, og det er svært vanskelig for en annen forsker å duplisere kvalitativ forskning. Måten forskeren kan styrke påliteligheten til kvalitativ forskning er å gi en inngående beskrivelse av oppgavens kontekst og en åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten som er brukt gjennom hele forskningsprosessen. Dette har jeg gjort i dette metode kapitlet for å gi å bidra til tydeliggjøring og transparens av oppgavens utførelse.

Validitet handler i kvalitative undersøkelser om hvor vidt våre observasjoner avspeiler det vi ønsker å finne ut (Johannessen et al, 2010). Kvalitative undersøkelser handler om i hvilken grad forskerens materiale, på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten. Det er altså viktig at de forskeren spør kan ha noe relevant å fortelle om problemstillingen. For å styrke validiteten i denne undersøkelsen er transkriberte anonymiserte intervjuer og forslag til temaer gjennomgått med veileder og medstudenter. Hvor vi drøftet hva materialet handlet om og veien videre til analyse.

3.8 Etikk

Kvale og Brinkmann (2015) forteller at etiske problemstillinger i intervjuforskning oppstår særlig på grunn av "de komplekse forholdene som er forbundet med å utforske menneskers privatliv og legge beskrivelsene ut i det offentlige" (s. 97). Med bakgrunn av at disse problemstillingene preger hele forløpet i undersøkelsen er dette noe man som forsker bør ta hensyn til fra begynnelse til slutt, fra utformingen av studien til det avsluttende resultatet

I Norge er det obligatorisk at forskningsprosjekter som innebærer sårbare grupper, slik som for eksempel pasienter, må vurderes og godkjennes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). 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. Dette forskningsprosjektet gjennomgikk en slik vurdering i august 2022.

Som beskrevet tidligere sendte jeg ut ett informasjonsskriv med informantens rett til selvbestemmelse i forkant av intervjuene. Informantene ble på den måten informert om studien og hvilke premisser de deltok på før de takket ja og befant seg i intervjusituasjonen. Potensielle informanter kunne ta gjennom sin seksjonsleder ta ett informert valg om de ønsket å delta eller ikke, ett viktig etisk prinsipp. (Brottveit, 2018. s 90). Informasjonen ble igjen gjennomgått ved intervjuets start, hvor samtykkedokument ble signert.

Ett viktig etisk spørsmål omhandler konsekvensene av en kvalitativ undersøkelse, med tanke på mulig skade den kan påføre deltagerne og eventuelle fordeler de kan få ved å delta. (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er viktig å være oppmerksom på maktforholdet som er tilstede i kvalitative intervjuer. Som intervjuer sitter man på makten ved at jeg bestemmer tema, lager intervjuguide, stiller spørsmål og leder hele prosessen. En slik forskerrolle innebærer bevissthet rundt maktforholdet og det Kvale og Brinkmann (2015) refererer til som det grunnleggende etiske dilemma hos intervjueren: som forsker ønsker man at intervjuet skal være så dypt og inngående som mulig, samtidig som man også ønsker å opptre på en så respektfull måte som mulig ovenfor informanten. Den ene siden innebærer en risiko for at informanten krenkes og opplever intervjuet som en negativ opplevelse, mens på den andre siden kan det føre til at man får et for overfladisk empirisk materialet. En balansegang bør derfor tilstrebes. Det var viktig for meg at informantene satt igjen med en god opplevelse etter intervjuet. Videre har jeg hatt fokus på å ivareta informantene på en respektfull måte i videre behandling av materialet.

3.9 Forforståelse og refleksivitet

Refleksivitet sier noe om hva vi som forskere bringer med oss inn i forskningsprosjektet. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 268) forstår vi verden gjennom våre forforståelser. I en forskningsprosess vil det si at vår bagasje av kunnskap, opplevelser og tidligere erfaringer er med på å prege hele forskningsprosessen. Fra tanker om tema til hvilke utvalgsriterier vi

velger til våre informanter og til hvordan vi fortolker og presenterer innhentet materiale. Jeg har underveis i prosessen vært oppmerksom og tilstrebet å kritisk vurdere mine faglige erfaringer og kunnskapsgrunnlag som er med meg i utførelsen av prosjektet. Jeg vil redegjøre for mine erfaringer, vitenskapssyn og faglig ståsted jeg har.

Mitt vitenskapssyn bygger på fenomenologien. Jeg har hatt som mål å få tak i informantenes virkelighet som bygger på deres individuelle perspektiv, erfaringer og selvforståelse. Skape meg innsyn i informantenes livsverden. Med inn i hele prosessen blir min forforståelse og kunnskapsgrunnlag med på å påvirke resultatet. Mitt faglige ståsted blir i hovedsak 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 (Skærbæk og Nissen. 2014, s. 12-13).

Jeg arbeider som miljøterapeut og primærkontakt for pasienter med spiseforstyrrelser innelagt på psykiatrisk døgnavdeling. Mine synspunkter blir formet av hvilke utfordringer man møter som helsepersonell, erfaringer jeg bringer med meg bærer preg av en fenomenologisk tilnærming hvor det er min opplevelse som helsepersonell som former beskrivelsen og måten problemstillingen blir belyst. Funnene blir formet av min bakgrunn, interessefelt og kunnskapsgrunnlag. Det vil si at mine holdninger, verdisyn og bakgrunnskunnskap ligger til grunn for hvordan jeg møter og forstår informantene og materialet jeg tilegner meg. Ved å arbeide på ett sykehus deltar jeg i en tradisjon angående det positivistiske vitenskapssyn hvor jeg daglig deltar i ett fagmiljø hvor den tradisjonelle medisinske forståelse råder med årsaksforklaringer og medisinske diagnoser i sentrum. Etter mange år i yrket som helsepersonell er det mitt menneskesyn som er med å legge grunnlaget for hvordan jeg møter den enkelte pasient. Jeg er opptatt av de styrkene vi alle har i oss og kunne være med å bidra til at psykisk syke pasienter som kan ha mistet troen på seg selv igjen kan finne disse styrkene. Dette er med på å underbygge den psykososiale tilnærmingen som hele denne studien dreier seg om. Med ett arbeid hvor det å omgås ulike mennesker er et hovedområde, er det avgjørende å møte alle mennesker med respekt. Da er det viktig å kunne reflektere kritisk rundt egen praksis for å hele tiden kunne utvikle seg.

I henhold til oppgavens problemstilling var jeg tidlig i masterløpet klar over at jeg ønsket å skrive om behandling av anoreksi i spesialisthelsetjenesten. Vi har klare retningslinjer fra helsedirektoratet og forskning som støtter opp under betydningen av ett helhetlig behandlingstilbud til pasientgruppen, men i praksis er ikke dette like enkelt. Jeg har hatt ett brennende ønske å finne ut om det bare er på min arbeidsplass eller om det er flere miljøterapeuter ved andre psykiatriske døgnavdelinger som opplever at denne pasientgruppen burde tilstrebes å få det behandlingsopplegget det er tenkt at de skal ha. Det ble tidlig i intervjuprosessen tydelig at miljøterapeutene hadde god kunnskap til teorien om psykososial tilnærming og forstod problemstillingen tydelig. Tid viste seg tidlig å være en forklaring på hvorfor man ikke fikk til det man ønsket, informantenes fortellinger bidro til en bredere forståelse av hva de la i begrepet tid. Ved videre forskningen ville det vært interessant og sammenlignet behandlingstilbud i det offentlige helsetjenestene opp i mot de private aktørene.

3.10 Analysemetode

Fenomenologisk tilnærming er passende til min problemstilling på den måten at jeg ønsker å se informantens erfaringer i ett større perspektiv og sette det i sammenheng med de andre informantenes fortellinger. Ved å finne fellestrekk i flere fortellinger i samme studie, kan man utvikle en mer grunnleggende forståelse av ulike fenomen (Kvale og brinkmann, 2015). Ett fenomenologisk vitenskapssyn med utgangspunkt i hver enkelt opplevelse og tilstreber en helhetlig forståelse i den unike persons opplevelser og erfaringer. Det vesentlige er hvordan informantene opplever sin verden og hva som er viktig og reelt for dem. (Thagaard, 2009)

Analysearbeidet ble gjennomført med utgangspunkt i tematisk analyse. Metoden er fleksibel på den måten at den brukes for seg selv eller sammen med ulike teorier og perspektiver. (Johannesen et al 2010). Tematisk analyse innebærer at man ser etter temaer som går igjen i materialet. Johannesen beskriver temaer som grupperinger eller kategori av data med viktige fellestrekk. Målet er å analysere materialet på den måten og kategorisere i temaer som kan bidra til å svare på min problemstilling og oppgavens forskningsspørsmål. Braun og Clark (2006) har en metode på 6 trinn hvor de beskriver grundig tematisk analyse. Jeg har i studien tatt utgangspunkt i disse men ikke fulgt de slavisk. Etter å ha innhentet og fått en oversikt over materialet følger 3 steg; koding, kategorisering og rapportering.

Analysearbeidet startet med at jeg etter transkribering har lest gjennom alt materialet som helhet for å få en oversikt over innholdet. Deretter starten jeg «kodingen» som er en måte å fremheve og sette ord på viktige temaer i materialet. Dette kan bidra til dypere innsikt og tilrettelegge for kategorisering (Johannesen et al, 2010). Stikkord ble skrevet ned i margen og eksempler på dette er ord som «Tid», «samhandling», «Dårlig samvittighet» osv. Altså stikkord som jeg fant relevante opp i mot problemstilling.

Kategorisering – å finne temaer. Denne fasen kjennetegnes ved å forsøke å zoome ut se hvordan materialet kan settes sammen til en større helhet. Her begynner man å se etter sammenhenger og en mening i materialet (Johannesen et al. 2010. s 294). Informantene sine fortellinger har gitt retning for kategoriseringen. Jeg så tidlig i nærlesningen av materialet at

det var enkelte temaer som gikk igjen i svarene til informantene. Dette underbygger den fenomenologiske tilnærmingen. Spørsmålene i intervjuguiden ble laget på bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål. Etter nærlesning og koding kom jeg frem til tre hovedtemaer som jeg så som særs relevante for å besvare min problemstilling. Dette var fokus på friskhet, ett helhetlig menneskesyn, tid og ressurser og samhandling. Dette var temaer som syntes å være betydningsfulle for informantene og som stadig gikk igjen når de forsøke og forklare hvorfor de mener den psykososiale tilnærming bør være sentral i behandlingen av anoreksi og hvilke utfordringer de møter på for å få dette til i praksis. Denne prosessen ble drevet frem av tanken «hva handler dette egentlig om?» og hva er det som hindrer miljøterapeutene i å gjøre den jobben de tydelig kommuniserer at de ønsker å gjøre. Det ble viktig for meg å forstå hva som lå i det rommet mellom hva som gjøres i det daglige arbeidet og hva miljøterapeutene tenkte og mente burde gjøres. Først når vi forstår hva som hindrer de i å gjøre det de føler er riktig behandling, kan man gjøre noe med det.

Rapportering var neste steg og utgangspunktet for å starte skrivingen av de tre temaene. Jeg fant sitater som var med og bidro til å underbygge temaene. I denne fasen utarbeidet jeg flere undertemaer for å strukturere materialet og starte skrivingen. Jeg leste igjennom alle intervjuene på nytt for å sikre at jeg hadde fått med meg alt og om det var samsvar mellom temaene. De tre hovedtemaene vil bli belyst i lys av relevant teori og relevant forskning som er presenter i teori delen av oppgaven. På bakgrunn av antall informanter er studien liten og jeg har med mange utsagn for å vise bredden i materialet og best mulig kunne belyse oppgavens problemstilling. Det blir brukt pseudonymer som anonymisering av informantene i gjengivelse av deres fortellinger i analyse kapitlet. Dette gjøres for å bidra til bedre flyt i teksten.

I dette kapitlet har jeg gjort rede for forskningsprosessen og de metodevalgene som har blitt tatt. Neste kapittel inneholder oppgavens analyse og drøfting av studiens funn.

4.0 Analyse og drøfting

4.1 Innledning

Fra første intervju startet har analysen pågått, som er kontinuerlig prosess. Analysen av kvalitative data innebærer at det kan finnes flere gyldige tolkninger samtidig og forskeren selv er det viktigste analyseverktøyet. Målet har vært å møte teksten så åpen som mulig, med bevissthet på egen forståelse, bakgrunn, og teorigrunnlag. I presentasjonen av intervjuene er hensikten at informantenes stemme skal komme frem. I dette kapitlet presenteres informantenes erfaringer, opplevelser og refleksjoner av å jobbe som primærkontakter for pasienter med en alvorlig anoreksi diagnose. Presentasjonen er delt i tre underkapitler som samsvarer med forskningsspørsmålene og problemstilling. Under disse kapitlene følger sitater fra intervjuene videre fulgt av refleksjoner, tolkning og drøfting av intervjumaterialet for å svare på problemstilling:

Hvordan kan vi tilstrebe en psykososial tilnærming til anoreksi pasienter innlagt ved døgnavdeling i psykisk helsevern?

Det var særlig tre punkter som gikk igjen i materialet og var mest fremtredende under intervjuene:

1. Fokus på friskhet, ett helhetlig menneskesyn.
2. Tid og ressurser til å gjennomføre en psykososial tilnærming.
3. Samhandling på tvers av yrkesgrupper.

4.2. Fokus på friskhet, ett helhetlig menneskesyn

Under intervjuprosessen ble miljøterapeutens engasjement for å oppnå friskhet fremtreden. Hvordan kan denne pasientgruppen hjelpes på en best mulig måte og hvordan kan man bidra til en raskere tilfriskning. Det var ett tema som gikk igjen hos informantene. Flere av informantene uttrykker at ett helhetlig menneskesyn bidrar til en opplevelse av meningsfullhet i arbeidet og sees på som sentralt i behandlingen av alvorlig anoreksi. På den måten hvor man løfter perspektivet fra ett somatisk sykdomsperspektiv til å se hele mennesket i kontekst av sykdommen den bærer med seg. Dette temaet sees på som viktig for å belyse problemstillingen i oppgaven.

4.2.1 «Vi driver med en psykososial tilnærming hele tiden»

«Min mening er at fokus på friskhet er svært viktig å fremme i arbeidet med alvorlig anoreksi, jeg ser at det er viktig å jobbe med ulike ting utenom mat som å se en film med tanke på konsentrasjon, om vi spiller spill hvor man må by på seg selv, sosiale grupper, kunstprosjekt hvor man samarbeider med andre, quizer hvor man kanskje må lære å lede ann. Jeg mener at ett helhetlig menneskesyn er noe av det som ligger i en psykososial tilnærming. En vanlig dag innelagt på døgnavdeling hos oss består av 4 hovedmåltider og 2 mellommåltider, etterfulgt av hvileperioder fra 30min – 1 time etter vært hovedmåltid. Det er da svært mye tid som går med til ett fokus på mat og vektoppgang og liten tid til å arbeide/ kartlegge annen kompetanse eller utfordringer» (Christine)

I sitatet skildrer Christine hvordan fokus på friskhet oppleves som svært viktig i behandling av alvorlig anoreksi. Hun erfarer at det å ha fokus på andre ting en mat slik som å se en film, spille spill, sosiale grupper, kunstprosjekt og quiz som en nødvendig del av behandlingen. Dette er nødvendig for å jobbe med og utvikle konsentrasjon, tørre å by på seg selv, sosialisering, samarbeid og ledelse. Oppgaver som kan være utfordrende for pasienter med anoreksi som ofte har vært isolert fra sitt sosiale liv over en lenger periode. Ett slikt helhetlig menneskesyn er noe av det hun legger i en psykososial tilnærming. Videre gir hun oss ett innblikk i hvor mye av dagen som går til måltider, 6 måltider etterfulgt av hviletid. Svært mye tid og ett stort fokus på mat og vektoppgang, gir liten tid til å kartlegge andre utfordringer

det ville være hensiktsmessig å arbeide med. Dina forteller også om sitt syn på ett helhetlig perspektiv på denne måten;

«Det er avgjørende at vi har ett helhetlig perspektiv, vi kan savne og ha fokus på hva pasienten har med seg i bagasjen. Slik som sosiale ferdigheter, familierelasjoner samt andre livserfaringer. De skulle gjerne vært speilet på mer av det rundt. Kanskje kunne det bidratt til å skape forståelse for pasienten selv for hvorfor sykdommen har fått ta slik overhånd over livet. Måltidene spiser fort opp mye av dagen»

Dina beskriver at hun savner ett fokus på hva pasienten har med seg i bagasjen. Med dette mener hun sosiale ferdigheter, familierelasjoner og andre negative eller positive livserfaringer. Jeg forstår det slik at hvis de hadde kartlagt dette på en bedre måte kunne det bidratt til en økt forståelse for pasienten og de kunne blitt speilet på sine utfordringer. En forståelse og begripelighet for pasienten selv til å ta kontroll over sykdommen. Hun sier også noe om at måltidene tar mye av dagen. Elisabeth understreker noe av det Christine og Dina nevner, nettopp sosiale utfordringer og alvorlig anoreksi;

«Jeg syntes vi ofte ser en sammenheng mellom sosiale utfordringer hos pasientene med alvorlig anoreksi. Når de kommer til oss etter å ha stått på lange ventelister eller gjennom pakkeforløpet og trenger umiddelbar hjelp har de vært isolert hjemme en lang periode. Anoreksien har tatt over og tankene har kun dreid seg om å få i seg minst mulig mat, de har ikke hatt kapasitet til sosial omgang eller være i relasjoner. Alt handler om mat.»

Elisabeth ser i sitt arbeid en sammenheng mellom sosiale utfordringer og alvorlig anoreksi. Hun beskriver at pasientene før de får plass på en psykiatrisk døgnavdeling står i kø på lange ventelister eller har rukket og bli svært syke i behov for umiddelbar hjelp. De har ofte vært isolert i hjemmet hvor de anorektiske tankene har vært altoppslukende, alt dreier som om vektnedgang og det er lite tid eller kapasitet til å pleie relasjoner eller ha sosial omgang med andre. Berit beskriver måten de arbeider helhetlig på denne måten;

« Vi driver med en psykososial tilnærming hele tiden, jeg tror det er så innprentet at man ikke tenker over det i det daglige. Alle har sin historie uansett diagnose, vi ser at det ofte ligger

mye bak en utvikling av alvorlig anoreksi. Vi tilnærmer oss på en slik måte at vi får tak i det som ligger bak spiseforstyrrelsen. Jeg kunne ønske vi hadde hatt enda bedre tid til å arbeide med dårlig selvtillit og selvbilde. De føler seg ofte ikke bra nok på noe plan, men spiseforstyrrelsen er de veldig gode på, det er der de opplever kontroll. Så jeg ønsker meg ett større fokus på mer enn mat, jobbe parallelt med selvfølelse og mat kunne nok bidratt raskere progresjon.

Berit beskriver at de driver med en psykososial tilnærming hele tiden og at den er godt innprentet i arbeidet. Hun har en forståelse av at det er viktig å finne ut av hva som ligger bak diagnosen og som kan ha bidratt til utviklingen av sykdommen. Samtidig som at de tilnærmer seg på en slik måte at de får tak i dette beskriver hun liten tid til å arbeide konkret med det. Hun ønsker bedre tid og større fokus til å arbeide med selvfølelse og selvtillit parallelt med ernæring, i troen på at det kan bidra til raskere progresjon i behandlingen. Anne forteller hva hun legger i psykososial tilnærming og er i likhet med Berit opptatt av og finne ut av som har utviklet sykdommen;

« Psykososial tilnærming har blitt ett begrep som er mer vanlig å bruke om psykisk helsearbeid i dag. Jeg tenker det beskriver alt vi gjør rundt pasientene, det handler om samarbeid, kommunikasjon, allianse arbeid, relasjon og motivasjonsbygging. En helhetlig tankegang slik at vi får så mye informasjon som mulig. Alt det pasienten har med seg og den forståelsen av at problemer og strev vi har i oss som mennesker kan være med på å påvirke og opprettholde sykdommen. Hva som kan være til hjelp og hva som gjør ting verre handler ikke nødvendigvis bare om hvordan den personen som møter strevet men veldig mye om det rundt og hva man har med seg av tidligere erfaring.»

Her beskriver Anne hva hun legger i en psykososial tilnærming. Beskrivelsen innebærer en helhetlig tankegang om alt det vi gjør rundt pasientene slik som samarbeid, kommunikasjon, allianse arbeid, relasjon og motivasjonsbygging. Hun sier at en slik tankegang bidrar til at vi får ut så mye informasjon som mulig, dette skal hjelpe oss å forstå hva som påvirker og opprettholder sykdommen. Hva som kan være til hjelp og hva som gjør ting verre kan forklares av det pasienten har rundt seg og tidligere levde opplevelser og erfaringer.

4.2.2 Psykososialt perspektiv

Alle informantene gav uttrykk for at de betrakter ett psykososialt perspektiv og en helhetlig tankegang som sentralt i behandlingen av alvorlig anoreksi. Sammenhengen mellom psykososial tilnærming som innebærer å se hele pasienten og hva den bringer med seg går igjen i materialet. Flere av informantene peker på at man bør tilstrebe ett fokus på ett helhetlig menneskesyn for å bidra til en raskere tilfriskning. Samtidig som at alle informantene snakker om betydning av ett helhetlig fokus ble det tydelig at dette løses ulikt på de forskjellige arbeidsplassene. Synet informantene innehar angående psykososialt arbeid kan sees i sammenheng og samsvarer med hvordan Svalastog et al. (2019) beskriver det. Ett psykososialt perspektiv som kan sies å være en integrert tverrfaglig disiplin som er opptatt av problemstillinger som ellers faller utenfor eller mellom faget man utfører. De beskriver enkeltindividet som unikt som ett handlende, levende menneske. Det individuelle perspektivet er sentralt i møte med anoreksipasienter da sykdomsbilde er svært kompleks og kan handle om så mye. Vi må derfor møte hver pasient med en søken etter hvorfor og hvordan sykdommen har fått utvikle seg. Skærbæk og Nissen (2014, s. 13) skriver at å utvikle handlingskompetanse i psykososialt arbeid handler om å utforske, analysere og utvikle en evne til samhandling med brukere, pasienter, kolleger og andre profesjonelle. Flere av informantene knyttet tiden som går med til ernæring som en utfordring for å få arbeidet helhetlig slik de ønsker. Det kan tenkes at fokuset på en psykososial tilnærming faller utenfor hovedfokuset til denne pasientgruppen når de er innlagt på døgnavdeling for re ernæring. De pasientene som oppfyller kriterier til innleggelse ved døgnavdeling i psykisk helsevern, har ofte en så lav BMI at det er fare for liv. Det innebærer risiko for hjertesvikt og eller annen organsvikt. En kontrollert vektoppgang er særskilt viktig for denne pasientgruppen. (Helsedirektoratet, 2017). Når sykdommen er av en slik alvorlighetsgrad kan det tenkes at andre problemstillinger faller bort slik informantene nevner. Det betyr dog ikke at det er betydningsfullt at vi tilbyr pasienten behandling for den psykiske og somatiske helsen i kombinasjon. Hvis vi ser dette i sammenheng med teorien til Antonovsky vil det å kun opprettholde næring ikke gi mening. Hans teori om meningsfullhet handler om erfaringer knyttet til medbestemmelse og hvordan mennesker er avhengig av å føle at det er verdt å engasjere seg i livets utfordringer. Antonovskys kaller dette Sence of coherence, hvor helse er summen av håndterbarhet, begripelighet og mening. Hvis man skal fremme en

psykososial tilnærming så vil ikke ett fokus på kun måltider være med å fremme progresjon til pasienten. (Antonovsky, 2012)

4.2.3 Helhetlig tankegang – alt pasienten har med seg

Flere av informantene beskriver hvordan de ønsker å få tak på de opprettholdende og vedlikeholdene faktorene til utvikling av diagnosen alvorlig anoreksi. Hvordan dette kan bidra til å øke forståelsen for pasienten bedre, og ikke minst hjelpe pasienten til og forstå seg selv bedre. Dette innebærer en forståelse av tidligere livserfaringer, familie relasjoner og sosial kompetanse. De uttrykker ett ønske om muligheten til å arbeide med områder som selvtillit og selvfølelse i kombinasjon med ernæring. I statens retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser sies det at det bør tilstrebes ett fokus på bakenforliggende faktorer, bortfall av symptomer og kliniske trekk som opprettholder vektnedgang og andre diagnostiske kriterier for anoreksi. Klinisk erfaring viser at fokus på symptombortfall så tidlig som mulig er gunstig for å fremme en god prognose da sykdomsvarigheten kan reduseres. Varighet og intensitet i behandlingen ansees som viktig for å kunne etablere en bærekraftig terapeutisk allianse og motivasjon til endring hos pasientene. Pasientene kan ha liten sykdomsinnsikt og er ofte ambivalente til å normalisere vekt og spiseatferd og andre symptomer som omfattes av diagnosen anoreksi. (Helsedirektoratet, 2017). Alle psykiske lidelser har det til felles at de er summen av biologiske, psykiske og kulturelle faktorer. (Skårderud, 2020). Som nevnt i avsnittet om teori er det høy forekomst av komorbide psykiske lidelser hos pasientene med en anoreksi diagnose. Det vil si at det er en stor del av pasientene med en anoreksi som i tillegg har diagnoser som angst, personlighetsforstyrrelse, tvangssymptomer og depressive symptomer. 23% av pasientene med en anoreksi diagnose har også en personlighetsforstyrrelse. (MølInvik, 2020) Psykolog KariAnne Vrabel ser i sin doktorgrad en sammenheng mellom spiseforstyrrelser og seksuelt misbruk som barn (Vrabel, 2010). Dette forteller oss noe om hvor komplekst dette sykdomsbildet er og hvor viktig det er at alle som arbeider med denne pasientgruppen vet hva disse pasientene kan med seg i bagasjen. Dette er teori jeg opplever at informantene er godt kjent med. På spørsmål om pasientens bagasje og mulige traumatiske opplevelser svarer Dina;

«Vi vet jo at mange av våre pasienter har en eller flere diagnoser i tillegg til anoreksi. Og vi har med i bakhodet at de kan ha opplev overgrep eller andre tøffe ting. Men jeg oppfatter er at fokuset hos oss er å redusere undervekt og utskrives. Hvis bupp eller dps (barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og distriktpsikiatrisk senter) har avdekket noe sånt kan de bestille i henvisningen ett ønske om at vi fortsetter behandling på også dette området. Jeg kunne ønske at. Vi jobbet mer parallelt med årsak til spiseforstyrrelsen».

4.2.4 Sosiale utfordringer

Informant Christine beskriver at på hennes arbeidsplass gjennomfører de flere ulike tiltak for å arbeide med utfordringer pasienter med alvorlig anoreksi kan oppleve. Dette innebærer å se en film for å øve på konsentrasjon, spille spill hvor man må tørre og by på seg selv, sosiale grupper, kunstprosjekt hvor man øver på å samarbeide med andre, quiz der man øver på å lede ann osv. Flere av informantene beskriver en sammenheng mellom sosiale utfordringer og diagnosen anoreksi, en av grunnene til dette kobler de til at pasientene ofte har vært isolert hjemme i en periode før de får plass til døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten. De beskriver at den anorektiske tankegangen har fått tatt overhånd og all kapasitet har blitt brukt til å finne måter for og spise mindre og gå ned i vekt. Verne om relasjoner og opprettholde det sosiale liv er områder som har blitt satt på vent. En sultende hjerne medfører nedsatte kognitive funksjoner. Den mentale kapasiteten til å forstå hvorfor behandlingen må gjennomføres og sykdomsinnsikt kan ofte sees og være fraværende. (Mølnevik 2020). Informantene nevner sammenheng anoreksi og lav selvfølelse. Dette er noe Finn Skårderud også beskriver i sin bok hvor han forteller at de som utvikler spiseforstyrrelser vanligvis er svært avhengig av bekreftelse fra andre. De er ytrestyrt, og omgivelsene gir dem ofte nettopp det de ønsker av positive tilbakemeldinger på utseende og den slanke kroppen, dette kan bidra til å opprettholde sykdommen. (Skårderud, 2016)

4.2.5 «All tid går til mat»

Flere av informantene skildrer hvor mye av tiden i løpet av en dag som går til måltider. Christine forklarer det slik;

«En vanlig dag innelagt på døgnavdeling hos oss består av 4 hovedmåltider og 2 mellommåltider, etterfulgt av hvileperioder fra 30min – 1 time etter vært hovedmåltid».

Flere setter tiden som går med til måltider i sammenheng med problemstillingen om å utføre en psykososial tilnærming. Når gjennomsnittlig behandlingstid lagt inn på døgnavdeling med en alvorlig anoreksi diagnose er seks til ni måneder. (Skårderud, 2013, s. 263). Kan man se for seg hvor mye av livet til disse menneskene som går tapt i en hverdag kun bestående av måltider. Hvor det er ett stort fokus på det som for denne pasientgruppen er deres verste fiende, nemlig mat. Halvparten av denne pasientgruppen er ungdom og unge voksne under 30 år. (Regional opplysning om spiseforstyrrelser, 2016). Dette bidrar til nedsatt livskvalitet og er en viktig periode i livet hvor en stor del av sosialiseringen foregår mellom jevnaldrende. Informantene er tydelig på hva de ønsker oppnå i behandling men har de tid og rom i sin hektiske hverdag til å gjennomføre behandling på den måten som retningslinjene og forskningen tilsier at det er best for tilfriskning for pasientgruppen. For og oppnå en terapeutisk allianse til pasienten er tid en avgjørende faktor. Tid og ressurser skal vi nå se videre på.

4.2.6 Oppsummerende erfaringer

På tross av at informantene hadde en tydelig formening om hva psykososialt arbeid var og hvordan de ønsket å implementere dette i behandlingsopplegget til pasienter med alvorlig anoreksi, ble det tydelig at det var flere faktorer som bidrar til å gjøre den prosessen mer utfordrende. Flere av informantene knyttet tiden som går med til ernæring og bedre pasientens somatiske status som en hindring for tiltak de ønsket å gjennomføre. Noen av informantene fikk til dette på sin arbeidsplass. Eksempler er sosiale grupper, spill, yoga, turer ut av sykehuset osv. Tiltak for å arbeide med utfordringer informantene ofte knytter til pasienter med alvorlig anoreksi. Det er slike tiltak informantene setter i sammenheng med en psykososial tilnærming, de innehar ett ønske om å se hele pasienten og hva de bringer med seg av levde erfaringer og egenskaper. På denne måten mener de at de kan lære å kjenne pasienten bedre som igjen bidrar til ett bedre behandlingsopplegg.

4.3 Tid og ressurser til en psykososial tilnærming

Temaet tid og ressurser i helsevesenet oppleves som ett evig tema. Tidlig i intervjuprosessen ble det synlig at dette også var ett tema flere av informantene var opptatt av. Tid gikk igjen i materialet som en forklaring på flere problemstillinger de møter i sitt arbeid. Informantene uttrykte en fellesforståelse for betydningen av en psykososial tilnærming men handlingsrommet fra hva de ønsker å få til og til det som blir utført i hverdagen viste seg å være stort. I dette avsnittet ønsker jeg å belyse hva informantene forteller om tid og ressurser rundt denne pasientgruppen. Elisabeth skildrer det på denne måten;

«Med tilstrekkelig tid har jeg troen på at vi kunne oppnådd raskere resultater med pasientgruppen da vi hadde hatt mulighet til å bygge relasjon på en slik måte at vi hadde blitt sett på som større støttespillere for pasienten selv. Mye av problemet med tid mener jeg bunner ut i ressurser. På vår avdeling kan det være flere ufaglærte vikarer og assistenter på jobb av gangen og dette medfører at vi som er primærkontakter for pasientene må bruke tiden vår på mye annet i tillegg til å være med pasienten. Slik som medisinsansvar, medisintilsyn av de andre pasientene og vaktansvar. Hadde alle på jobb vært miljøterapeuter med medisinkompetanse hadde det blitt frigjort mer tid til pasientene. Elisabeth»

Elisabeth skildrer hvordan tilstrekkelig tid kunne bidratt til å oppnå raskere resultater i behandlingen av pasientene. Dette begrunner hun med en mulighet til å bygge opp en terapeutisk relasjon til pasienten, på en slik måte at de i enda større grad oppnår tillit og blir sett på som en støttespiller. Hun sier videre at mye av problemet med mangel på tid bunner ut i ressurser. Med flere ufaglærte vikarer og assistenter på jobb medfører dette flere arbeidsoppgaver til de faste utdannede ansatte som også fungerer som primærkontakter. Dette innebærer blant annet medisinsansvar, medisintilsyn og vaktansvar. Med mer kompetanse og ressurser ville det blitt frigjort mer tid til pasientene. Berit nevner også den terapeutiske relasjonen og mangel på tid slik;

«Det jeg kan oppleve som litt vanskelig er hvis det er flere av pasientene jeg er primærkontakt for trenger meg samtidig. Man bygger jo en relasjon som primærkontakt og ofte kan det være sånn at det er bare meg de vil snakke med av de som er på jobb. Det er ikke bra men de knytter seg lettere til oss som er primærkontakter og sammen med de hver

dag. Hvis jeg da har to pasienter, en som er veldig kontaktsøkende og ønsker å ha meg der så mye som mulig kan det være vanskelig å balansere tiden til begge. Den andre pasienten som nødvendigvis ikke roper høyest trenger meg jo like mye. Dette kan jeg ofte tenke på når jeg kommer hjem.»

I dette sitatet forteller Berit om hvordan det er å være primærkontakt. Hvor flere av hennes pasienter kan ha behov tilsyn samtidig. Hun blir som primærkontakt en nøkkel i oppfølgingen av pasientene. Hun forteller om hvordan den terapeutiske relasjonen bidrar til at pasientene knytter seg lettere til henne som primærkontakt grunnet mer tid sammen. Det bidrar til en konflikt i hvordan hun skal disponere tiden sin da flere av pasientene uttrykker ett behov for å ha henne nær. Videre sier hun at dette er noe hun kan tenke over når hun kommer hjem. Dina beskriver hvordan mangel på tid går utover tiltak som kunne bidratt til en mer helhetlig tilnærming på denne måten;

«Vi skal egentlig ha kveldsaktiviteter, dette har sklidd helt ut på grunn av mangel på fast personale hos oss, kvalifiserte miljøterapeuter til å bli på avdelingene når andre reiser ut og ikke minst at det er liten tid igjen etter hviletid er ferdig etter middag og frem til kveldsmat. Planen er at det skal være ett fokus på det etterhvert, grupper hvor vi samler pasientene og tar opp ulike relevante temaer er noe vi også har planlagt. Vi får se om det lar seg gjennomføre med de ressursene vi har til rådighet.»

Her skildrer informanten planer og ønsker de har for kveldsaktiviteter for pasientene. Bestående av å reise ut på aktiviteter utenfor sykehuset, og samtalegrupper for pasientene hvor de kan ta opp relevante temaer. Hun beskriver at dette har sklidd ut på grunn av mangel på ressurser og tid mellom måltider. Tiltakene hun beskriver er gode tiltak som kunne bidratt til å gi pasientgruppen ett mer helhetlig behandlingstilbud. Anne beskriver utfordringer knyttet til tid på sin arbeidsplass på denne måten;

«Det kan være ett problem at vi er for få miljøterapeuter i forhold til pasientenes behov. Samtidig så tenker jeg at det blir en måte å ta ansvar for seg selv, de har samtaler hver dag for å føle seg sett og bekreftet. Men det kan bli liten tid hvis det er behov for samtaler på rommet utenfor disse fastsatte tidene. Vi har ett fokus på at man skal samle opp det man har

behov for å snakke om til disse tidene, men mange har selvfølgelig behov for en pep- talk utenom også.»

Her beskriver Anne hvordan hun ser på mangel av ressurser på sin arbeidsplass, hun nevner at det kan være en utfordring med for få miljøterapeuter på jobb men at dette også bidrar til at pasientene må ta ett større ansvar. Med fastsatte samtaler med behandler hver dag ønsker de at det primært er denne tiden som brukes til samtaler.

Sitatet fra informantene illustrerer tankene mange helsepersonell sitter med. I en nylig utført undersøkelse av nesten 5000 sykepleiere viser det seg at det er lite samsvar mellom hva tiden faktisk brukes til, og hva sykepleierne mener den burde vært brukt til. Sentrale sykepleieoppgaver blir satt på vent, fordi ikke-pasientnære oppgaver spiser av tiden deres. 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tiden på arbeidsoppgaver de mener andre burde utføre. Dette er oppgaver som å tømme søppel, bestille varer, smøre mat, ringe etter vikarer ved sykdom, ta innkomne telefoner til avdeling osv. De fleste syntes derimot det blir brukt for liten tid på kompetanseutvikling, tverrfaglig samarbeid og kvalitetsutvikling. (Sykepleien, 2019)

Problemstilling med mye bruk av assistenter og vikarer ved døgnavdeling i psykiatrien har vært til debatt flere ganger de siste årene. Når vi vet hvor syke disse pasientene kan være og hvor få som kvalifiserer til en døgnplass i spesialisthelsetjenesten er det avgjørende at de ansatte har en helsefaglig bakgrunn. Både for pasienten sin del men også for sin egen del. Det kan tenkes at det å ha en helsefaglig utdanning gjør deg mer robust til å takle de situasjonene som oppstår i en slik hektisk avdeling. Etisk råd for sykepleietikk peker på at det kan se ut til at det blir utført mer tvang i en avdeling hvor det er benyttes større grad av ufaglærte. Dette har med fokus på refleksjon på eget arbeid og trygghet i de ulike situasjonene. (Sykepleien 2019)

4.3.1 Terapeutiske relasjonen

Miljøterapeut Berit skildrer den pågående indre konflikten hun opplever i møte med pasientene hun har ansvar for. Følelsen av og hele tiden skulle vært ett annet sted er med henne både på jobb og når hun kommer hjem. Dette er utfordringer som er viktig å problematisere og som kan føre til slitasje på de ansatte på lang sikt. Samvittighetsfulle

ansatte som ønsker å gjøre det ytterste for pasientene sine men ender opp med å føle seg utilstrekkelig. Dette kan ses i lys av hvordan Haugsgjerd et al. 2009 beskriver relasjonsbygging. Han beskriver den terapeutiske relasjonen på mange måter lik tanken på en god omsorgsperson, hvor relasjonen bærer preg av omsorg og genuinitet. Relasjonen er ment å være et hjelpemiddel i behandlingen ved at terapeuten gjennom relasjonen kan starte en endringsprosess i brukeren. Men understreker at empati er en sentral del for å bygge relasjon men uten å la seg bli følelsesmessig involvert. Svenaeus (2011) hevder at empati gjør faglige vurderinger mer kvalifiserte og bidrar til å ivareta pasientens verdighet. Informantens skildringer er noe jeg gjenkjenner fra egen arbeidshverdag ved døgnavdeling. Det er stadig oppsigelser hvor de ansatte ikke sier opp grunn av arbeidsoppgaver eller trivsel men fordi de er slitne og ikke føler seg hørt angående egen arbeidssituasjon. Hvis vi ser dette i sammenheng med Antonovsky og hans termer om begripelighet, håndterbarhet og mening opp i mot informantenes opplevelse av egen arbeidsplass. Kan det tenkes at miljøterapeutene kan føle på en mangel på håndterbarhet i deler av arbeidet sitt, da de beskriver en følelse av maktesløshet over å ikke rekke alt de skal i løpet av arbeidsdagen. Hun forteller at dette er noe hun kan tenke på når hun kommer hjem som kan tyde på mangel på begripelighet over egen arbeidssituasjon. (Antonovsky 2012)

4.3.2 Oppsummerende erfaringer

Informantene er opptatt av hvordan tiden deres kunne vært disponert annerledes og hvordan økt kompetanse blant personale kunne bidratt til å gi pasientene ett bedre behandlingstilbud. De nevner arbeidsoppgaver som stjeler tiden fra pasientene slik som administrative oppgaver og medisinhåndtering. De beskriver en følelse av å ikke strekke til i alt de ønsker å gjennomføre. Tiltak som kunne bidratt til å styrke behandlingstilbudet og fremme en psykososial tilnærming blir satt på vent som følge av mangel på tid og ressurser. Dette er noe som syntes å være en tendens i store deler av helsevesenet for tiden.

4.4 Samhandling

Tverrfaglig samarbeid og samhandling på tvers av yrkesgrupper. På en psykiatrisk døgnavdeling jobber det flere ulike helseprofesjoner sammen. Med bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål ønsket å undersøke hvordan samhandlingen mellom miljøterapeuter og behandlere som består av lege eller psykolog forgår. Dette for å bidra til en bredere forståelse når det gjelder samarbeid, utarbeidelse av behandlingsplan og gjennomføring. Hvor mye innvirkning har miljøterapeutene som står for den daglige oppfølgingen av pasientene. Materialet viser seg at erfaringene til informantene var ulik. Dette viser at det er ulik kultur, maktbalanse og strukturell oppbygning på de forskjellige arbeidsplassene.

Christine beskriver samhandlingen fra hennes arbeidsplass på denne måten;

«Her hos oss er det behandler altså lege eller psykolog som lager behandlingsplan uten at vi som miljøterapeuter deltar, så til syvende og sist så er det behandler som bestemmer og vi utfører det som blir bestemt. Det er evig diskusjon hos oss hvordan dette burde gjøres. Men jeg tenker at det er to sider av det, hvis man som miljøterapeut ønsker å bli hørt må man skrive gode rapporter hvor det kommer tydelig frem hva du tenker og hva man bør gjøre annerledes. Invitere seg litt med i beslutningene som tas rett og slett.»

Christine skildrer en hverdag med hierarkisk oppbygning og tydelig forskjeller i rollene til de ulike helseprofesjonene hvor spesialist bestående av lege eller psykolog er den som bestemmer. Det er behandler som lager en behandlingsplan hvor miljøterapeutene er de som gjennomfører disse planene med pasientene. Hun beskriver det som en «evig diskusjon» men hvor hun også sier noe om hvordan man kan invitere seg selv inn i prosessen og ha mulighet til å komme med synspunkter før beslutninger tas. Berit beskriver samhandlingen på sin arbeidsplass annerledes fra Christine på denne måten;

«Hvordan opplever du samarbeid med behandlere og ledelse i utarbeidelse av behandlingsplan? Jeg føler meg hørt, noen ganger og noen ganger ikke. Det blir jo litt sånn, men vi er med i alle planmøter og de spør oss hva vi tenker. Det kommer litt ann på behandleren også. Noen er sånn og sånn gjør vi og andre er mer hva tenker du? Stort sett opplever jeg at vi er med og bestemmer.»

Christine forteller at hun stort sett føler seg hørt noen, de deltar i planmøter og blir spurt om hva de tenker. Hun opplever en ulikhet i forhold til hvilken behandler hun samarbeider med, i forhold til å bli inkludert. Dina skildrer samhandlingen på sin arbeidsplass og hvordan hun tenker ting kunne vært gjort annerledes på denne måten;

«Jeg er tilstede i utarbeidelsen av behandlingsplan og føler at jeg blir hørt. Jeg har vært primær for mange pasienter med spiseforstyrrelsen anoreksi. Det er jo ofte langvarig og jeg føler at jeg blir hørt på ganske mye. Men jeg savner at behandlere er mer tilstede der det skjer, som i måltider. At de kan få mer forståelse. Ofte er det jo miljøterapeutene som kommer nærmest pasienten, fordi vi står i det tøffe. Så jeg savner behandlerens tilstedeværelse i de vanskelige situasjonene og tror det kunne bidratt til mer forståelse inn mot utarbeidelse av behandlingsplan. Det er fordi vi ofte opplever at det som blir bestemt i behandlingsplan ikke alltid lar seg gjøre i praksis. Det kan være at pasienten er for dårlig eller at ansatte ikke følger det som blir bestemt, det går på kompetanse og mye bruk av vikarer.»

Dina forteller at hun er tilstede i utarbeidelsen av behandlingsplan og opplever å bli hørt. Hun savner at behandlerne er mer tilstede i det som skjer, slik som i måltider. Med mer tilstedeværelse i de vanskelige situasjonene kunne det bidratt til mer forståelse i utarbeidelse av behandlingsplan. Hun har en formening om at det er de som miljøterapeuter som kommer nærmest pasienten fordi de står i det tøffe sammen med dem. Hun sier de ofte opplever at det som blir bestemt i behandlingsplan ikke lar seg utføre i praksis. Dette på bakgrunn av at pasienten er for syk eller at ansatte ikke følger det som er bestemt. Men det går også på kompetanse og mye bruk av vikarer. Elise ønsker i likhet med Dina mer tverrfaglig forståelse;

«Jeg opplever vel at jeg blir hørt og føler at døren til behandlerne er åpen hvis det er noe man ønsker å drøfte eller spørre om. I en hektisk hverdag er det selvfølgelig ikke alltid så lett men jeg har i hvert fall anledning både i planmøter, behandlingsmøter og andre samlingspunkter til å si det jeg mener. Men det er nok ikke noen tvil om hvem som bestemmer til sist. Jeg kan nok oppleve en mangel på forståelse mellom gruppene. Vi som miljøterapeuter forstår ikke alltid behandlernes avgjørelse og jeg er ganske sikker på at de

ikke alltid forstår hvor vi kommer fra. Dette burde vi nok at adressert bedre slik at samarbeidet kunne gått lettere.»

Elise beskriver at hun opplever at hun blir hørt og hun har flere samlingspunkter der hun kan komme med sin mening. En hektisk hverdag kan bidra til at det er utfordrende å ha nok tid til å få tatt opp alt man ønsker. Videre forteller hun at det er ikke noe tvil om hvem som bestemmer til sist og at hun kan oppleve mangel på forståelse mellom de tverrfaglige gruppene. Hun sier noe om at hun tror dette går begge veier og at det noe som burde tas tak i og arbeidet med for ett bedre samarbeid. Anne beskriver samhandling og samarbeid på denne måten;

Hos oss jobber vi på en måte etter en hierarkisk modell hvor behandler er på toppen og har 4-5 samtaler med pasienten i uka, det er veldig hyppig og målet med det er at miljøterapeutene skal hjelpe pasienten å samle opp det som trengs å snakke om å det som er viktig og kanalisere det ut til de samtalene sånn at det ikke brukes masse tid med pasienter på samtaler, for da blir det veldig mange kokker. Som miljøterapeuter prøver man å avlede når pasientene har det vanskelig, slik som å oppfordre til å bli med ut på stua og gjøre noe sammen.

Anne forteller i likhet med Christine at de arbeider etter en hierarkisk modell hvor behandler bestemmer og har hyppige samtaler. Miljøterapeutenes oppgave er å hjelpe pasienten til å samle opp det de syntes er vanskelig til disse samtalene. Det nevnes at det kan bli veldig mange kokker hvis flere skal utføre samtaler med pasienten. Anne, Christine og Elise beskriver en ulik måte for samhandling og samarbeid enn Berit og Dina. Hvor de i større grad tar del i møter, samtaler og er med der avgjørelsene skal tas. De opplever for det meste å føle seg hørt med peker på utfordringer knyttet til tverrfaglig forståelse, person avhengige ulikheter mellom behandlerne og kompetanse blant ansatte. Informantene forteller om ulike kulturer på sine arbeidsplasser og endring i maktbalanse. Noen forteller at de stort sett opplever at behandler ønsker å høre deres mening. Det kan tenkes at det er sentralt for trivsel på arbeidsplass at man føler på medbestemmelse og innflytelse over arbeidet man gjør. Hvis vi ser dette i sammenheng med Antonovsky's teori kan dette sees på som mer meningsfylt og håndterbart i forhold til arbeidet man utfører (Antonovsky, 2012) Det kan

tenkes at det kan være lettere og stå i tøffe beslutninger som tas på vegne av sine primærpasienter hvis man opplever en deltagelse og forstår bakgrunn for beslutningen. Eksempler på dette kan være beslutning om behov for tvangsernæring, dette er en hyppig problemstilling på en psykiatrisk døgnavdeling med denne pasientgruppen. Det er miljøterapeutene som utfører selve tvangsbruken og da mener jeg det er svært viktig at pasientens primærkontakt har fått tatt del i avgjørelsen. I materialet går mangel på tverrfaglig forståelse igjen. Og Elise skildrer det på denne måten;

«Vi som miljøterapeuter forstår ikke alltid behandlernes avgjørelse og jeg er ganske sikker på at de ikke alltid forstår hvor vi kommer fra. Dette burde vi nok at adressert bedre slik at samarbeidet kunne gått lettere.»

Hun etterlyser en bedre tverrfaglig forståelse og ønsker at det er noe som bør jobbes med for å bedre samarbeidet. Willumsen beskriver at tverrprofesjonelt samarbeid kjennetegnes av integrering av fagkompetanse mellom ulike uniprofesjonelle aktører der det dreier seg om en felles oppgave. Alle aktørene eller helseprofesjonene som er inne rundt pasienten har som mål å gi det beste behandlingstilbudet. Willumsen skriver at det er viktig at det tas stilling til utfordringer i fellesskap, og at det skjer en sammensmeltning av ulike profesjoners kompetanse gjennom dialogen. Dette krever at alle aktørene er villig til å lytte og ser på hverandre som likeverdige aktører. Målet er at det skal oppstå en kunnskapsmessig «merviten» i form av delte ideer og løsninger som aktørene ellers ikke ville oppnådd hver for seg. Denne nye kunnskapen bør danne ett utgangspunkt for videre felles tolkning og samarbeid. (Willumsen, 2015, s. 158).

Informantene illustrerer gapet mellom beslutningstaker og de som gjennomfører beslutningen i praksis. Berit opplever at behandler som utarbeider behandlingsplanen ikke alltid forstår hva de som primærkontakter står i, i den daglige oppfølgingen av pasienten. Samtidig føler hun seg hørt og deltar på møtene hvor planene utarbeides. Mangel på behandlerens tilstedeværelse går igjen i samtalen. Man kan anta at miljøterapeuten føler på en utilstrekkelighet og en opplevelse av maktesløshet når det som er bestemt i behandlingsplan ikke lar seg gjennomføre i praksis med bakgrunn av mangel på forståelse fra behandler men også andre faktorer som kompetanse på avdelingen. Forskning viser at en

årsak til arbeidsstress og utbrenthet er moralsk stress. Moralsk stress oppstår når man opplever manglende evne til å gi den behandlingen man føler man bør gi. Når helsepersonell opplever å ikke strekke til, vil de selv kunne trenge støtte. (Eide & Eide, 2017). Når delegerte oppgaver oppleves som rasjonelle og begrunnede, er det greit å utføre arbeidet og det fører sjelden til stress og frustrasjon hos sykepleiere. Delegerte legeoppgaver er en del av sykepleieres hverdag og hører med som en del av jobben. Det er når de blir pålagt å utføre oppgaver som føles unødvendige, gir unødige plager for pasienten eller at sykepleiere ikke får utføre det de vurderer er best for pasienten at de opplever sinne og moralsk stress (Zuzelo 2007, Sundin- Huard og Fahy 1999).

Flere av informantene skildrer det tydelige maktforholdet mellom de tverrfaglige profesjonene. Flere forteller at de arbeider etter en modell hvor behandler sitter på toppen og bestemmer og de utfører oppgavene. Andre skildrer at de som regel føler seg hørt men det er ikke alltid det blir tatt hensyn til i beslutningsprosessen. Som nevnt i teoridelen hevder Ellingsæter og Solheim (2002) at faglige kvalifikasjoner tilskrives ulik verdi. Det er ikke likegyldig hvilken kunnskap man har i et hierarki. Man blir i tillegg plassert på rangstigen etter antatte egenskaper, det vil si at det ikke hva du virkelig kan som sykepleiere eller lege som gir deg plasseringen, men det folk tror at sykepleiere og leger kan. Kjønn, profesjonsmakt og kontekst i et samspill definerer posisjonsmakten til den enkelte makten til helsearbeidere. Vi må forsøke og forstå hvorfor samarbeidet på noen arbeidsplasser fungerer dårlig og hvorfor det andre steder fungerer godt. Disse helseprofesjonene arbeider innenfor et relativt rigid hierarkisk system som holdes ved like av ulike former for makt. Hvor legene i lang tid har en naturlig rolle på toppen av dette hierarkiet. Materialet fra intervjuene sammenfaller med Webers teori om at det er ikke slik at makt alltid utøves men i det begge parter er klar over det usymmetriske maktforholdet, har den med mest makt størst mulighet for å få sin vilje igjennom, selv før reell makt har blitt brukt (Weber. 1971, s. 53). Informantene etterlyser slik Willumsen beskriver en sammensmeltning av kompetanse hvor vi spiller på hverandres styrker vi ønsker i ett tverrprofesjonelt fellesskap. (Willumsen. 2015)

Hvilken betydning har denne samhandlingen for pasienten? Det kan tenkes at pasienten ville mottatt ett bedre behandlingstilbud hvis det var bedre samhandling, kommunikasjon og

forståelse i det teamet som arbeider rundt pasienten. Informasjonene fra informantene bunner ut i at de tror det hadde vært bedre for pasientene hvis de ble mer hørt og hvis de opplevde mer forståelse fra behandlerne som sitter på de endelige beslutningene. Det kan tenkes at tid og ressurser er en problemstilling som også er gjeldene her for hvor vidt behandlerne har mulighet til å delta i den daglige oppfølgingen slik som er ønsket. Det hadde vært interessant og sett på de private aktørene og stilt teamet rundt pasienten der de samme spørsmålene for å se om ting utføres på en annen måte og om de har bedre tid til å være tettere på pasientens behandlingsopplegg.

4.4.1 Oppsummerende erfaringer

Flere av informantene trekker frem samhandling mellom seg som miljøpersonell og behandlere bestående av lege og psykolog. Det viste seg at informantenes erfaringer knyttet til denne samhandlingen var nokså ulike. Noen av informantene skildret en samhandling for de opplevde seg hørt og delaktige i utarbeidelsen av behandlingsplan mens andre tok svært liten del i det som ble bestemt. Det ble tydelig at det er en hierarkisk maktfordeling mellom helseprofesjonene, hvor lege/ psykolog satt på topp og tok de endelige avgjørelsene. Flere av informantene ønsker en bedre tverfaglig forståelse.

4.5 Anoreksi etter covid- pandemi

Tidlig i arbeidet med oppgaven ble det tydelig av covid-19 pandemien bidro i stor grad for en drastisk økning i henvisninger til spesialisthelsetjenesten for pasienter med Anoreksi. Mange av de store sykehusene meldte om ett trykk de ikke har vært i nærheten av tidligere. I teorien beskrives Finn Skårderuds tanker om hvordan en kaotisk hverdag som plutselig over natten ble endret, sårbare unge voksne hvor rutiner er en viktig del av hverdagen fikk dette endret helt uforberedt og uten forvarsel. Jeg ønsker å implementere dette i intervjuguiden for å belyse utfordringer knyttet til nedstenging og hvordan det har påvirket hele pasientgruppen. Under intervjuene ble det tydelig at informantene opplevde ett stort engasjement rundt dette temaet og delte oppfatning om hvordan pandemien påvirket antall henvisninger.

Berit beskriver det slik;

«Vi merket en stor endring, ikke bare på henvendelser men også på pasientene som kom. Dette kunne virke som at de ungdommene som hadde hatt noe utfordring med mat fikk det mye vanskeligere og det over en relativ kort periode. Pasientene som ble prioritert inn til døgnavdeling i spesialisthelsetjenesten var yngre og dårligere somatisk enn tidligere. Flere snakket om isolasjon og følelsen av ensomhet.

Berit beskriver en stor endring, ikke bare når det gjaldt henvendelser men også på pasientene som kom. Hun skildrer unge pasienter som har hatt utfordringer med mat som raskt ble dårligere. De som ble prioritert inn var både yngre og dårligere enn før pandemien. Pasientene nevne isolasjon og ensomhet som utfordringer. Anne beskriver også en tydelig økning i henvendelser på denne måten;

«Vi har fått flere henvendelser, og vi observerte at pasientene var yngre i alder som kanskje av mange ulike grunner har fått en anoreksi sykdom. Vi sa jo hele tiden at dette (nedstenging) skulle ikke gå utover de unge men det er vel akkurat det det har gjort. Så hvis du hadde en svakhet før og deretter ble isolert hjemme med kun påvirkning fra telefonen din, mener jeg det ble veldig uheldig.»

Anne beskriver flere henvendelser og yngre pasienter, hun forteller at nedstengningen har gått utover de unge og peker på faktorer som isolasjon som uheldig. Dina beskriver det på denne måten;

«Vi hører jo at trykket på henvisninger er stort og avdelingen er til en hver tid full. Så det har nok vært med å bidra. Pasientene som kommer inn til oss er uansett så dårlige så vi merker ikke så mye til noe endring i hverdagen. Men man ser at de er yngre de som kommer.»

Dina beskriver som de andre informantene økte ventelister samt yngre og dårligere pasienter. Elisabeth skildrer hva hun tror er årsaken til denne økningen slik;

«Jeg tror vi som jobber på psykiatriske døgnavdelinger med anoreksi pasienter over hele landet har merket oss denne økningen, det er i hvert fall det man hører når man er ute å hospiterer eller er på konferanser. Vi har snakket mye om hvorfor og jeg tror isolasjon og få være hjemme med tankene over en så lang tid er usunt. De fikk altfor god tid til å styre måltider og aktivitet slik de ønsket og lite som dro de ut av ett usunt mønster. Jeg tror vi vil se flere tall i negative retning når det kommer til nedstengning og psykisk helse.»

Elisabeth beskriver en økning i henvisninger i det hun opplever som hele landet. Med forklaring på hvorfor nevner hun isolasjon, for mye tid hjemme og lite som bidro til å påvirke pasientene ut av ett negativt mønster. Hun tror nedstengningen har vært negativ for flere psykiske lidelser. Alle informantene er tydelig på endringene de har sett etter pandemi og nedstengning. Det gjenspeiler tall fra Helse sør-øst som viser at det sammenlignet med 2019 var en økning på 59% flere unge mennesker til behandling for en spiseforstyrrelse i 2021. Flere av pasientene peker på pandemien som årsak. Hjemmeskole, fravær av fritidsaktiviteter og mindre sosial omgang. At de som tar kontakt er yngre, bekrefter spiseforstyrrelsesforeningen (Spisfo, 2020). Det er nærliggende å tenke at når verden er ute av kontroll, så søker vi til kroppene våre som arena for nettopp å ivareta kontroll. De som hadde det dårlig før, har fått det dårligere under pandemien. (Skårderud, krisekonferansen 2021.)

Som tidligere nevnt konkluderer ROS – rådgivning for spiseforstyrrelser med at den samlede samfunnskostnaden knyttet til spiseforstyrrelser estimeres til 26 milliarder kroner i 2021. Når vi vet at 98% av ressursbruken i det offentlige helsevesenet til behandling av spiseforstyrrelser ligger i spesialisthelsetjenesten, og henvisningene har hatt en økning på 59% på to år kan vi tenke oss hvor mange som går uten behandlingstilbud og venter måneder på å få hjelp til de er «dårlige nok». (Menon – publisasjon nr 3/2022)

Hvis vi ser dette i sammenheng med psykososial tilnærming kan det tenkes at ved forbyggende tiltak kan miljøterapeuter ha en helhetlig tilnærming til behandlingsplan og ikke bruke lang tid på å få først få pasientene somatisk bedre.

4.5.1 Oppsummerende erfaringer

Alle informantene kunne melde om en endring etter covid pandemien. De kunne kjenne seg igjen i det media har publisert når det kommer til ventelister og dårligere/ yngre pasienter. Flere av informantene knyttet årsak til isolasjon og mangel på sosial kontakt.

5.0 Diskusjon

Med utgangspunkt i informantens fortellinger, aktuell teori og forskning vil jeg diskutere oppgavens problemstilling: *Hvordan tilstrebe en psykososial tilnærming i behandling av pasienter med anoreksi innlagt på døgnavdeling?*

Utgangspunktet for oppgavens problemstilling og analyse er miljøterapeutenes erfaringer med en psykososial tilnærming i møte med pasienter med anoreksi. Fortellingene skildrer jobben som miljøterapeut på en psykiatrisk døgnavdeling og gav ett bilde av kompleksiteten som denne jobben medfører. Studien viser at informantene befinner seg i en utfordrende situasjon når de skal sjonglere sitt verdisyn og måten de ønsker å gjennomføre behandling på med arbeidsgivers forventinger, tid og samhandling på tvers av helseprofesjoner.

Informantene har i denne studien satt ord på flere ulike utfordringer de opplever som begrensende for å kunne utøve psykososial tilnærming. De har ett kunnskapsgrunnlag som medfører at de ønsker en helhetlig tankegang, i samsvar med en psykososial tilnærming, og skildrer godt hvordan og hvorfor de tenker at dette kan bidra til ett bedre behandlingsopplegg for pasientene, hvor hovedmålet er en raskere tilfriskning. Underveis i intervjuprosessen ble jeg overrasket over hvor høy kunnskap og gode forklaringsmodeller informantene besitter når det kommer til betydningen av nettopp ett helhetlig perspektiv. Det viste tydelig at behovet for en helhetlig tilnærming ikke var noe vi bare, eller tilfeldigvis, hadde snakket om på min arbeidsplass.

I statens retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser sies det at det bør tilstrebes ett fokus på bakenforliggende faktorer, bortfall av symptomer og kliniske trekk som opprettholder vektnedgang og andre diagnostiske kriterier for anoreksi. (Helsedirektoratet, 2017). Kirkengen & Næss (2017, s. 19) referer til helhet i betydningen samspillet mellom fenomenene kropp, sosialt, mentalt og åndelig, og hvordan disse dimensjonene påvirker og skaper hverandre. Denne forståelsen underbygger det informantene opplever som betydningsfullt for denne pasientgruppen. Dersom man utgår fra at et helhetlig perspektiv er betydningsfullt for pasienten, kan det også tenkes at den terapeutiske relasjonen vil styrkes ytterligere når miljøpersonell får muligheten til å gi pasientene ett mer helhetlig

behandlingstilbud bestående av sosiale tiltak som bidrar til å bli bedre kjent og bygge en sterkere relasjon. En styrket relasjon kan tas med i andre deler av behandlingsopplegget slik som måltider og re – ernæring som ofte er utfordrende for pasienten. Betydningen av å bygge opp en terapeutisk relasjon når vi vet at behandlingsforløpet kan være så langvarig som seks – ni måneder kan være avgjørende for både pasient og miljøpersonell. (FHI, 2004).

Som tidligere nevnt er det høy forekomst av komorbide psykiske lidelser hos pasientene med en anoreksi diagnose. Det vil si at det er en stor del av pasientene med en anoreksi som i tillegg har diagnoser som angst, personlighetsforstyrrelse, tvangssymptomer og depressive symptomer. 23% av pasientene med en anoreksi diagnose har også en personlighetsforstyrrelse. (Mølsvik, 2020). Dette er med å underbygge betydningen av ett helhetlig perspektiv, hvor man innehar en forståelse av at det pasienten bringer med seg kan bidra til utvikling og opprettholdelse av en anoreksi diagnose. En psykososial tilnærming inkluderer betydningen av å tilegne seg en forståelse av pasientens tidligere livserfaringer, familierelasjoner og sosial kompetanse, og ser på pasientens erfaringer og preferanser som grunnleggende.

Statens retningslinjer for behandling av anoreksi skal være førende for hvordan de offentlige helsetjenestene formes. Det er interessant å observere at flere av informantenes skildringer ikke samsvarer med det retningslinjene, eller annen relevant forskning utført av fagpersoner på feltet beskriver at behandlingen bør tilstrebe å være. Dette er også i samsvar med mine egne erfaringer knyttet til arbeid med pasientgruppen, og en årsak til mitt valg av tema for masteroppgaven. Svarene fra informantene gjorde det tydelig at vi ikke får til å gi pasientgruppen det helhetlige behandlingstilbudet som retningslinjene tilsier, og informantene opplever som betydningsfullt. Det ses på som sentralt og oppsiktsvekkende at vi ikke evner å gjennomføre den behandlingen man som helseinstitusjon er satt til å utføre.

Gjennom informantenes beskrivelse av hvilke arbeidsoppgaver arbeidstiden ble brukt til, og deres opplevelser av mangel på tid, så danner deres fortellinger ett bilde av hvilke utfordringer de knytter til det å gjennomføre en psykososial tilnærming. I materialet ble det tidlig synlig at mangel på tid gikk igjen i mange av informantenes svar. Grunnet til at de opplevde for liten tid i det daglige arbeidet ble blant annet begrunnet med at store deler av

tiden går med til re- ernæring og påfølgende hviletid. De beskriver også hvordan mangel på kvalifisert personale, kombinert med at de hadde arbeidsoppgaver som kunne være utført av andre stjeler tiden de har med pasientene de er primærkontakt for. Dette kan sees i lys av hva LaMarre et al konkluderer med i sin forskning knyttet til at temaer slik som medias påvirkning, kjønnsforskjeller, levde erfaringer og uønsket seksuelle erfaringer må ha ett større fokus i behandlingen og at disse faktorene ofte blir satt til side på grunn av det kritiske somatiske perspektivet hvor pasienten må re-ernæres for å være utenfor fare for liv og helse. Hvor forsømmelse av disponerende og opprettholdende faktorene kan bidra til ett lengre sykdomsforløp (LaMarre et al. 2022).

Struktureringen av arbeidsoppgaver er noe av det som kunne være interessant og forsket videre på, sett i lys av at 6 av 10 sykepleiere opplever å ha arbeidsoppgaver de mener de ikke burde ha med tanke på at de syntes det blir brukt for liten tid på kompetanseutvikling, tverrfaglig samarbeid og kvalitetsutvikling (Sykepleien, 2019). Det bestående inntrykket som analysen av mitt materiale gir er at det for det første bør arbeides for en felles veiledning på en psykososial tilnærming i en hektisk hverdag, og at man for det andre bør sikre at det ikke bare er faste primærkontakter med videreutdanning som har kjennskap til psykososiale og salutogene teorier, men at dette bør være et kjent utgangspunkt for alle alle som arbeider med denne pasientgruppen og har som jobb og følge opp pasientene.

Private og offentlig behandlingstilbud

Det er flere grunner til at det er store ulikheter i behandlingstilbudet man som pasient mottar i det offentlige helsevesenet og det private. Alle informantene i denne studien arbeider i det offentlige helsevesenet med de premissene det bringer med seg av tid og ressurser. Innenfor det private helsevesenet har det de seneste årene dukket opp flere aktører for behandling av anoreksi. Dette er plasser man kan søkes til gjennom fritt behandlingsvalg slik at det ikke er den enkelte pasient som tar regningen. Men før man kan tildeles en plass i det private er det flere kriterier som må være på plass, inklusiv vilje og evne til å motta behandling. De private aktørene tar også i mot et svært begrenset antall pasienter, det vil si, de aller fleste pasienter er henvist til de kommunale tilbudene.

Som tidligere nevnt er 98% av ressursene og pengene til behandling av anoreksi i spesialisthelsetjenesten.. I spesialisthelsetjenesten er ventelistene for å få døgnplass de lengste på 40 år. (Menon – publikasjon nr 3/2022) Det er ett svært begrenset tilbud til de pasientene som ikke er syke nok til å få plass til døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten. Uten lavterskel tilbud blir pasientene sykere før de får hjelp. Pasientene blir sykere i ventekø og desperate pårørende ønsker å gjøre det de kan.

ROS rapporterer at de ser en tydelig sammenheng mellom lang ventetid og alvorlighetsgrad av pasientens utfordringer. Dette samsvarer som nevnt i kapittel 2 med det seksjonsledere på flere psykiatriske avdelinger nevner. Denne masteravhandlingen belyser hvordan premissene for behandling i det private og offentlige fremstår som svært ulike: a) Behandlingsopplegg for alvorlig anoreksi hos de private aktørene tilbyr ett annet tilbud enn det offentlige, b). Det er spesialistavdelinger som ofte kun har pasienter med diagnosen alvorlig anoreksi samt at c) pasienten er utenfor fare for liv og helse. Hovedfokus på en døgnavdeling på sykehus skal forhindre alvorlig somatisk sykdom før pasientene sendes videre til andre tilbud.

Når vi ser på behandlingstilbudet disse pasientene mottar blir kontrastene store. De private aktørene innehar mange av de tilbudene flere av informantene gav uttrykk for at de ønsket og anså som en viktig del av behandlingen, men av flere grunner ikke får realisert i egen praksis. Private aktører som Villa Sult, Modum Bad, Capio med fler, kan tilby motiverte pasienter ett behandlingsopplegg som er langt mer helhetlig og tverrfaglig. Her nevnes yoga, svømming, turgrupper, sanggrupper osv. Dette er tilbud som både forutsetter at pasientene er i stand til å motta denne behandlingen, og at det finnes resurser i form av tid, kompetanse og muligheter til å gjennomføre slik behandling. De private aktørene mottar ofte pasienter som har vært til langvarig behandling på offentlig døgnavdeling først, pasientene kan søke seg til de private når de har blitt friskere og det er ett krav om en indre motivasjon til å motta behandling. Flere måneder og år kan gå før pasientene med alvorlig anoreksi oppnår en slik motivasjon. Det er viktig å nevne det private tilbudet når de er så åpenbart ulike fra det offentlige. Hvordan kan det offentlige helsevesenet som arbeider med de aller dårligste pasientene lære noe av det private? Kan det implementeres deler av det helhetlige behandlingsopplegget inn i en psykiatrisk døgnavdeling bestående av hektiske

dagsprogram som innebærer somatisk kartlegging slik som vekt og blodprøver. Ernæring bestående av mellommåltider, hovedmåltider og hviletid? Hvor frisk må du være for å kunne bruke tiden din til noe annet? Hvis vi hadde hatt mer ressurser og ett bedre lavterskel behandlingstilbud i kommunene kan det tenkes at noen av disse pasientene kunne fått hjelp tidligere og bedret prognosen. Med tidligere hjelp vil en helhetlig tilnærming kunne være lettere å tilby da pasienten er utenfor fare for liv og helse.

Tverrfaglig samhandling

Som miljøpersonell på en psykiatrisk døgnavdeling samarbeider man tett med andre helseprofesjoner slik som i dette tilfelle en behandler bestående av lege eller psykolog. Det viste seg at denne samhandlingen var betydningsfull i forhold til om informantene fikk gjennomført det de opplever som betydningsfullt for pasienten. Flere av informantene skildret en arbeidshverdag med liten innflytelse på planen de blir satt til å gjennomføre. Dette kan ses i lys av det Weber (1971) kaller legal og rasjonell legitimitetsgrunner, når vi adlyder personer som innehar bestemte stillinger, f.eks. leger fordi vi mener de har rett til å fatte beslutninger, en rett som er basert på forutsetningen om at systemet vi er en del av fungerer best på den måten. Det er ikke personen selv som adlydes, men lovverket. I følge Foucaults teorier om diskurs blir den her basert på hvordan systemet er bygd opp og etablert over lang tid. Måten systemet er etablert er styrende for arbeidet miljøterapeutene og behandlerne utfører. (Giddens, 2017)

Flere av informantene etterlyste en økt tverrfaglig forståelse. Det Willumsen (2015) betegner som «merviten». Denne faglige «merviten» gir et annet og bredere grunnlag for vurderinger av hva som er best for pasienten. Det bør utvikles ett forum for fagutvikling der dialog og annerkjennelse bidrar til å styrke fagfeltet på arbeidsplassen. Skærbæk og Nissen (2014, s. 13) beskriver at å utvikle handlingskompetanse i psykososialt arbeid handler om å utforske, analysere og utvikle en evne til samhandling med brukere, pasienter, kolleger og andre profesjonelle. Kanskje kan ett økt fokus på fagutvikling og samarbeid bidra til en bedre tverrfaglig forståelse. Ved prioritering og kvalitetsarbeid angående samhandling kan det bidra til en felles opplevelse av et vi? I stede for oss mot dem? Det kan tenkes at velfungerende tverrfaglige samarbeid kan føre til en mer meningsfull opplevelse av egen arbeidsplass for miljøterapeutene samt mindre belastende i den grad at man har en følelse

av å bli hørt og likestilt på tvers av profesjoner. Det Antonovsky beskriver som opplevelse av sammenheng og begripelighet rundt eget arbeid. (Antonovsky, 2012). Når vi har med oss det fenomenologiske vitenskapssynet inn i denne problemstillingen. Hvor vi tenker at vi blir til i møte med hverandre, blir det vi får utrettet og det vi ikke får utrettet i arbeidet vårt med på å skape hvem vi er som mennesker.

Når de som søker eller trenger hjelp, blir møtt med annerkjennelse, og inviteres i ett samarbeid i troen på at alle mennesker har kunnskap, men at denne kunnskapen kan være begrenset, vil det oppstå ny kunnskap som er til nytte både for tjenestemottakeren og for den profesjonelle. Forutsetningen er imidlertid å slutte med og posisjonere oss i ulike båser (vi normale) og den andre (unormale), og i stede se oss selv som en del av potensielle bio-psyko-sosiale utviklingsmuligheter. (Hertz 2008) (Skarbæk, nissen 2014).

Så «*Hvordan tilstrebe en helhetlig psykososial tilnærming til pasienter med anoreksi innlagt med psykiatrisk døgnavdeling?*» Med bakgrunn av informantenes fortellinger kan det se ut til at utfordringene knyttet til å gjennomføre den psykososiale tilnærmingen de ønsker bunner ut i tid og innflytelse. Muligheten for informantene til å gjøre det arbeidet de ønsker er ikke tilstede fordi de er underordnet ett hierarki og ett system som gjør det annerledes. Hvis man forstår betydningen av ett helhetlig perspektiv bør det tilstrebes at miljøterapeutene som arbeider tettest på pasientene får bedre premisser for arbeidet sitt. For å kunne delta i utarbeidelsen av behandlingsplanen de er satt til å gjennomføre. Retningslinjene er allerede tilstede og forteller oss hvordan behandlingen bør være, kunnskapsgrunnlaget til informantene som arbeider med pasientgruppen viser at de innehar ett tydelig ønske om å arbeide etter en psykososial tilnærming. Forutsetningene for å kunne endre praksis er tilstede hvis det hadde vært økte resurser i form av mer kvalifisert personale på avdelingen som får makt til å gjennomføre den behandlingen det er tenkt at de skal gjøre. Økt kompetanseheving blant miljøterapeutene kan bidra til å frigi tid slik at de får mer tid til jobben som primærkontakter.

6.0 Oppsummering og avslutning

Masterprosjektet har sitt utspring i ett ønske om å få en dypere innsikt om hvordan man kan tilstrebe en nødvendig psykososial tilnærming til pasienter med anoreksi innlagt på psykiatrisk døgnavdeling. Min erfaring tilsa at miljøterapeutene som fungerer som primærkontakter for denne pasientgruppen har mye kunnskap og ett stort engasjement for arbeidet sitt. Jeg ønsket å utvikle kunnskap om miljøterapeutenes erfaringer, både for å forstå arbeidshverdagen bedre, men særlig fordi det å ha en psykososial tilnærming har stor betydning for pasientens mulighet til raskere tilfriskning. Denne studiens problemstilling var derfor «*Hvordan sikre nødvendig psykososial tilnærming til anoreksi pasienter ved døgnavdeling i psykisk helsevern?*» For å belyse problemstillingen ble det benyttet en kvalitativ metode med semistrukturert intervju. Jeg intervjuet fem miljøterapeuter som består av sykepleiere eller vernepleiere som arbeider ved en psykiatrisk døgnavdeling.

Tematisk analyse ble benyttet for å belyse forskningsspørsmålene som omhandlet miljøterapeutenes beskrivelser av egen arbeidshverdag, tverrfaglig samhandling og kjennskap til psykososial teori. Studien antyder at miljøterapeutene befinner seg i en utfordrende situasjon når det kommer til muligheten til å utføre den psykososiale tilnærming de skildret at de ser som betydningsfull. Det ble begrunnet med tid, mangel på kvalifisert personale, andre arbeidsoppgaver samt deres innflytelse i samhandling med behandler som viste seg og kunne være varierende og utfordrende.

Miljøterapeutene viste ett tydelig kunnskapsgrunnlag når det kom til psykososial teoridannelse. Under intervjuene ble det synlig at de hadde ett ønske og ideer til hvorfor og hvordan en helhetlig tilnærming burde implementeres i deres arbeidshverdag. I sine beskrivelser av en helhetlig tilnærming la informantene fram mulighetene til å arbeide med flere utfordringer pasienter med anoreksi ofte opplever. De beskrev at mye av tiden går med til å gjenopprette somatisk status gjennom re-ernæring. Med fire hovedmåltider og to mellommåltider etterfulgt av hviletider gjorde de det synlig hvor liten tid som gjenstår til andre aktiviteter. Tiltak som sosiale grupper, aktiviteter uten for sykehus, yoga og gruppeterapi kunne bidratt til å hjelpe pasientene med utfordringer denne pasientgruppen

ofte kan oppleve. Skape og styrke den terapeutiske relasjonen og muligheten til å bli enda bedre kjent med pasienten ble også trukket frem som klare fordeler til disse tiltakene.

Videre antyder studien at samhandling med tverrfaglige helseprofesjoner som i hovedsak består av behandler kunne være utfordrende. Noen av informantene skildret liten innflytelse på egen arbeidshverdag, hvor behandlingsopplegg ble utformet av en behandler men som miljøterapeutene er satt til å gjennomføre i den daglige oppfølgingen som primærkontakter. Det ble pekt på ett ønske om bedre tverrfaglig forståelse.

Denne studien antyder at miljøterapeutene befinner seg i en utfordrende og kompleks arbeidshverdag. De skal håndtere flere ulike roller på arbeidsplassen i tillegg til å være primærkontakt. For å tilstrebe en nødvendig psykososial tilnærming må det legges til rette for veiledning av ledelse og ansatte ved avdelingen, for å styrke forståelsen av nødvendigheten av en psykososial tilnærming i møte med pasientgruppen. Studien gjorde det synlig at miljøterapeutene ønsket en helhetlig tilnærming i kombinasjon med re-ernæringen. Videre ble det tydelig at god tverrfaglig samhandling bør være tilstede for å gi miljøterapeutene en opplevelse av innflytelse i eget arbeid, samt kunne bidra til å gi behandlere bedre innsikt i pasientene og miljøterapeutenes hverdag for i hovedsak kunne bedre behandlingstilbudet. Hovedmålet med å gi pasientene en nødvendig psykososial tilnærming vil være å tilby ett bedre og bredere behandlingstilbud som kan føre til raskere tilfriskning. Det er ikke mangel på kunnskap det kommer til men mangel på ressurser og behov for en endring i diskurs om hvordan det på systemnivå er lagt til rette for behandlingen av anoreksi i det offentlige helsevesenet. Endring av praksis ses som nødvendig for å møte retningslinjene og aktuell forskning for behandling av anoreksi.

6.1 Styrker og svakheter ved studien

Svakheten ved studien er først og fremst at det burde vært flere informanter. Det hadde også vært en fordel hvis alle miljøterapeutene arbeidet ved enten allmennpsykiatriske døgnavdelinger eller spesialistavdelinger. Slik studien er gjennomført har samtlige miljøterapeuter erfaring med arbeid som primærkontakter for pasienter med alvorlig anoreksi, men konteksten blir noe ulik.

Målet med denne studien har ikke vært å trekke sterke konklusjoner, men heller utvikle kunnskap basert på erfaringene fra miljøterapeuter som arbeider med pasienter med anoreksidiagnose innlagt i psykiatrisk døgninstitusjon. Oppgavens primære styrke er at den er i stand til å bidra med kunnskap innenfor det valgte forskningsfeltet. Oppgaven bidrar til å belyse utfordringene miljøterapeutene opplever i den daglige oppfølgingen og gir ett innblikk i hva som kan gjøres annerledes for å få tid til en mer helhetlig og psykososial tilnærming.

6.2 Implikasjoner for praksis

Denne studien antyder at det er ikke forståelsen av viktigheten av en psykososial tilnærming fra miljøterapeutene som står for den daglige oppfølgingen av pasientene det står på. De har ett ønske og en kunnskap om at en helhetlig tilnærming er det beste for pasienten men at det er mangler i forhold til tid, ressurser, kompetanse på avdeling og samhandling mellom den tverrfaglige arbeidsgruppen. Økt fokus på kommunikasjon mellom tverrprofesjonene slik at de kan få økt innsikt i hverandres arbeidshverdag kan bidra til ett bedre og tettere samarbeid. Dette fordrer regelmessig felles møter, refleksjon og refleksivitet som bør være tilstede på avdelinger i spesialist helsetjenesten med slike komplekse problemstillinger hvor man er avhengig av ett så godt behandlingstilbud som mulig for å få gitt hjelp til flest mulig og bidra til en raskere rehabilitering.

6.3 Implikasjoner for videre forskning

Forskningsfeltet i denne studien er i liten grad utforsket i en norsk kontekst. Det er utført en god del forskning på anoreksi og vi har godt utarbeidede retningslinjer for behandling. Det er interessant og se enda nærmere på hva de ansatte i det offentlige helsevesenet faktisk har mulighet til å gjennomføre innenfor de gitte rammene. På sikt ville det vært interessant og gjennomføre en implementeringsstudie med mål om å se på de private aktørene som tilbyr behandling mot alvorlig anoreksi og sammenlignet med behandlingstilbudet pasientene mottar på offentlige sykehus.

Litteratur

Antonovsky, A. (2012). Helsens mysterium: Den salutogene modellen. Gyldendal.

Anna Lydia Svalastog, Nina M. J. Kristoffersen, Hadi Strømmen Lile. (2018). Introduksjon til psykososialt arbeid.

Avayard, H. (2014). Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide (3.utg.). Berkshire: Open University Press.

Berggrav, Silje (2020) Redd barna. «Et skada bilde av hvordan sex er». Hentet fra:
<https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/2020/rapport-redd-barna-mai-2020-et-skada-bilde-av-hvordan-sex-er.pdf>

Braun, V & Clark, V (2006) Thematic analysis. The journal of positive psychology. 12:3, 297-298, DOI. Hentet fra:
<file:///C:/Users/madfr/Downloads/ThematicAnalysisTheJournalofPositivePsychology.pdf>

Brottveit, G. (2018). Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: Om å arbeide forskningsrelatert. 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.

Eide, H & Eide, T (2017). Kommunikasjon i relasjoner (3.utg.) Gyldendal.

Ellingsæter, A. L. & Solheim, J. 2002. Den Usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv, Oslo, Gyldendal akademisk.

Engelstad, F. (2005). Hva er makt. Oslo: Universitetsforlaget

Giddens. A., Sutton, P. W. (2017). Sociology. Eight Edition. Cambridge: Polity Press.

Helsedirektoratet. Spiseforstyrrelser. (2017). Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/samsykelighet>

FHI (2004). Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. Nasjonalt senter for helsetjenesten, kunnskapssenteret. Hentet: 07.05.2022.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0413_spiseforstyrrelser.pdf

FHI (2022). Kraftig økning i spiseforstyrrelser hos unge jenter under pandemien.

Folkehelseinstituttet. Hentet: 03.01.2023 <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kraftig-okning-i-spiseforstyrrelser-hos-unge-jenter-under-pandemien/>

Fuglenes, D. (2021). Tiltakshåndboka for unge med psykiske lidelser. Barne og ungdomspsykiatrien. Hentet fra: <https://tiltakshandboka.no/no>

Giddens. A., Sutton, P. W. (2017). Sociology. Eight Edition. Cambridge: Polity Press.

Hertz, S. (2008). Børne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uanede muligheter. Akademiske Forlag.

Helsedirektoratet (2019). Psykisk helsevernloven med kommentarer. (Rundskriv) Hentet 01.09.2022 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer#§-2-1.-hovedregelen-om-samtykke>

Helsedirektoratet. (2017). Psykoterapi for voksne med spiseforstyrrelser. Helsedirektoratet. Hentet 20.11.2022 fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/psykoterapi-for-voksne-med-spiseforstyrrelser#psykoterapi-rettet-mot-spiseforstyrrelser-anbefales-for-a-behandle-voksne-pasienter-med-anoreksi-begrunnelse>

Helsedirektoratet (2017). Samsykelighet. Hentet 01.03.22:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/samsykelighet>

Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 25. april 2017). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

Helsedirektoratet (2017). Psykisk helsevernloven med kommentarer [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 30. september 2021).
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>

Helsedirektoratet (2020). Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringene i 2017. Rapport. IS-2888.

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). Perspektiver på psykisk lidelse—Å forstå, beskrive og behandle. Gyldendal

Holmes su, Drake s, Odgers, K, Wilson. (2017) Feminist approaches to Anorexia Nervosa: a qualitative study of a treatment, J Eat Disord. 2017; 5: 36. Published online 2017 Nov 13.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5682639/#>

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.

Johansson, K (2016) Mellom hermeneutikk og fenomenologi. Doktorgrad. Norges musikkhøgskole.

Kirkengen, A & Næss, A. (2017). Hvordan krenkede barn blir syke voksne. (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Kristoffersen NJ, Nortvedt P. Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I red.: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. Grunnleggende sykepleie bind 1. Gyldendal akademisk. Oslo. 2011. s. 84–133.

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T., & Rygge, J. (2015). Det kvalitative forskningsintervju (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

LaMarre, A, Levine, M, Holmes, Su. (2022) An open invitation to productive conversations about feminism and the spectrum of eating disorders (part 1): basic principles of feminist approaches. Journal of eating disorders. Hentet fra:
<https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-022-00532-x>

Langeland, E. (2012a). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I: Gammersvik, Å. & Larsen. T. (red). Helsefremmende arbeid for sykepleiere i teori og praksis. Bergen: Fagbokforlaget, s. 195–216

Levin, I. & Ellingsen, I. T. (2015). Relasjoner i sosialt arbeid. I L. C. Kleppe, I. T. Ellingsen, I. Levin & B. Berg (Red.), Sosialt arbeid—En grunnbok (s. 112–123). Universitetsforlaget.

Lillevik, O og Øien, L. (2014). Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon. Gyldendal forlag.

Lov om Psykisk helsevern med forskrifter fra 1. sept 2017- spesielt vedrørende vurdering av samtykkekompetanse samt lovens forarbeider PROP 147L

Menon – Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser. Publikasjon nr. 3/2022. Hentet fra: https://nettros.no/wp-content/uploads/2022/03/Samfunnsverdien-av-å-forebygge-spiseforstyrrelser_januar-2022-1.pdf

MølInvik, Monica. (2020) Utredning og behandling ved alvorlig spiseforstyrrelser. Hentet fra:
<http://www.akuttpsykiatri.no/wp-content/uploads/2020/02/Monica-MølInvik.pdf>

Pettersen, G. (2013). Spiseforstyrrelser. Ottar, 13 (4), 46- 52

Redd barna (2020) Ses offline? Hentet fra:
https://www.reddbarna.no/content/uploads/2021/03/RB_SesOffline_0321_print.pdf

ROS, Rådgivning om spiseforstyrrelser (2016, 19.11). Behandling. Hentet fra
<http://www.nettros.no/spiseforstyrrelser/behandling/>

Rådgivning om spiseforstyrrelser (2020) Sosiale medier s. 23 Hentet fra:

Skarbæk, E og Nissen, M. (2014) Psykososialt arbeid. Gyldendal.

Skårderud. (2013). Sterk svak. Ascheoug «Tvungen behandling ved spiseforstyrrelser-Forløp og pasienters erfaring» Sigrid Bjørnelv RKFS 2013

Skårderud, F. (2016). Spiseforstyrrelser. I R. Hagen & L. E. Ottesen Kennair (Red.),
Psyiskelidelser (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.

Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2020). SULT. Gyldendal

Skårderud. (2021). Krisekonferansen. Napha. «Når verden stenger – pandemiens ringer i vann» <https://napha.no/content/25348/-vi-ma-folge-med-pa-kroppene-fremover>

Spisefo (2020) Spiseforstyrrelsesforening. Hentet fra:

<https://erfaringskompetanse.no/nyheter/fikk-det-vanskelig-under-koronakrisen/>

Statens helsetilsyn (2022). Følge med og følge opp pandemien – informasjons og

kunnskapskilder rapport nr 2. Helsetilsynet. Hentet fra:

https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2020/helsetilsynetrappor5_2020.pdf

Store norske leksikon. Vandvik I, Moen H. (2023) Anorexia Nervosa. Hentet fra:

https://sml.snl.no/anoreksi_-_anorexia_nervosa

Svalastog, A. L, Kristoffersen, N. J. & Lile, H. S. (2019). Psykososialt arbeid: Kunnskap, verdier og samfunn. Gyldendal.

Svalastog, A. L. (1998). Det var ikke meningen: Om konstruksjon av kjønn ved abortinngrep, et feministteoretisk bidrag. Doktorgradsavhandling ved Uppsala Universitet. Hentet fra:

https://www.researchgate.net/publication/256492675_Dissertation_Det_var_ikke_meninge_n_Om_konstruksjon_av_kjonn_ved_abortinngrep_et_feministteoretisk_bidrag_288_pages

Svenaesus F. Autonomi och empati: två missbrukade och missförstådda ideal. I red.: Alsterdal L. Omtankar Praktisk kunskap i äldreomsorg. Södertörn Högskola. Stockholm. 2011. s. 194–219.

Sykepleien – N. 2906/ 2019. <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>

Su.Holmes, S.Drake, K.Odgers, J.Wilson. Feminist approaches to Anorexia Nervosa: a qualitative study of a treatment, J Eat Disord. 2017; 5: 36. Published online 2017 Nov 13.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5682639/#>

Syse, A. (2007), Psykisk helsevernloven med kommentarer. Gyldendal Akademisk

Thagaard, T. (2009). Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Ungdata (2021). Stress, press og psykiske plager blant unge. Hentet fra:
<https://www.ungdata.no/stress-press-og-psykiske-plager-blant-unge/>

Vedul-Kjelsås, E., & Götestam, K. (2004). Spiseforstyrrelser i et historisk perspektiv. Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 124(18), 2369-2371.

Vrabel et al (2010) Sammenheng mellom spiseforstyrrelser og seksuelt misbruk som barn. Modum Bad. Hentet fra: <https://www.modum-bad.no/aarets-doktorgrad-til-vrabel/>

Weber, M. 1971. Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier, Oslo, Gyldendal.

Willumsen, E. (2015). Tverrprofesjonelt samarbeid i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), Sosialt arbeid - en grunnbok (Bd. 3, 2019). Universitetsforlaget.

Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), Tverrprofesjonelt samarbeid; et samfunnsoppdrag. Universitetsforlaget.

(Zaitsoff, Pullmer, Cyr og Aime, 2015. The role of the therapeutic alliance in eating disorder treatment outcomes: a systematic review. Pudmed. Hentet fra:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25330409/>

Zuzelo, P. R. 2007. Exploring the moral distress of registered nurses.[Reprint in Alta RN. 2008 Mar;64(3):4-5; PMID: 18444300]. Nursing Ethics, 14, 344-59.

Vedlegg 1 - Informasjonsskriv

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

” Behandling av anoreksi ved døgnavdeling i psykisk helsevern ”

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Madelen Friberg. Jeg er mastergradstudent ved psykososialt arbeid ved høyskolen i Østfold. Jeg arbeider med anoreksipasienter på ungdomspsykiatrisk avdeling på sykehuset Østfold/kalnes. Tema for oppgaven er psykososial tilnærming til behandling av anoreksi på døgnavdeling for psykisk helsevern.

Hva innebærer deltagelsen

Jeg ønsker å intervju deg om hvilke erfaringer du har knyttet en psykososial tilnærming i behandling av anoreksi i psykisk helsevern.

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 desember 2022.

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 Madelen Friberg på tlf: 91526431, eller madelfri@hotmail.com

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen
Madelen Friberg

Nøklestadveien 15
1617 Fredrikstad
Tlf: 91526431

Vedlegg 2 – Samtykke skjema

Samtykke til deltagelse i studien

«Psykososial tilnærming i behandling av anoreksi under tvunget psykisk helsevern»

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

Intervjuguide

Del 1 Bakgrunnsopplysninger

Yrkesaktive år i psykisk helsevern

- 0 - 5 år
- 5 -10 år
- 10 år eller mer

Del 2

Miljøterapeutens kjennskap til psykososial tilnærming

1. Kan du fortelle om din kjennskap til teorien om psykososial tilnærming?
2. Hvordan opplever du at psykososial tilnærming er ett fokus i den daglige oppfølgingen av pasientene?
3. Kan du fortelle meg hva du tenker om en psykososialt tilnærming i arbeidet med pasienter med alvorlig anoreksi under tvunget psykisk helsevern?

Primærkontakts oppfølging av pasientgruppen

4. Hvilken rolle har du som primærkontakt i utarbeidelsen av en behandlingsplan?
5. Opplever du at behandlingsplan er laget på bakgrunn av ett psykososialt perspektiv?
6. Opplever du at det som er bestemt i behandlingsplan blir gjennomført i den daglige oppfølgingen?

Handlingsrom

7. Hvordan opplever du samarbeidet med behandler/ ledelse i forhold til utarbeidelse av behandlingsplan?
8. Opplever du som primærkontakt at du får utført den behandlingen du mener er riktig for din pasient. Med bakgrunn av ressurser, tid og organisering av arbeidshverdag?

9. Er det noe du ville endret eller gjort annerledes hvis du hadde hatt mulighet?

Hjelpespørsmål:

Kan du utdype det?

Kan du gi noen eksempler?

Hva kjente du da?

Hva mener du når du sier det?

Kan du forklare litt mer rundt det?