



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Hvordan kan vernepleieren bidra i  
behandlingsprosessen til ungdom med diagnosen  
anorexia nervosa? / How can the social educator  
contribute to the treatment process of adolescents  
with the diagnosis anorexia nervosa?**

Eggen, Ingvild Lien

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 26.05.21



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Sandra Marie Weltzien

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja     nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja     nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja     nei

**Dato:**

**Antall ord: 10535**

“Spiseforstyrrelser er en utagering av psykisk liv. Det er en utagering som viser en konkretisk måte å oppleve seg selv og livet på. Det konkrete og kroppen blir helt sentralt. Følelser av lykke og ulykke og suksess og nederlag knyttes til konkrete opplevelser av kropp og mat.” – Finn Skårderud, *Sterk/svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Vernepleierfaglig relevans.....	2
<b>2.0</b>	<b>Problemstilling .....</b>	<b>3</b>
2.1	Avgrensing .....	3
2.2	Disposisjon av oppgaven.....	4
2.3	Forforståelse .....	4
<b>3.0</b>	<b>Metode.....</b>	<b>5</b>
3.1	Litteratursøk .....	5
3.1.1	Funn .....	6
3.2	Kildekritikk .....	7
<b>4.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>8</b>
4.1	Anorexia nervosa.....	8
4.1.1	Historikk.....	9
4.1.2	Hvorfor får noen anoreksi? .....	9
4.1.3	Behandling av anoreksi .....	12
4.2	Måltrettet miljøarbeid og miljøterapi .....	17
4.2.1	Vernepleierens arbeidsmodell.....	18
4.2.2	Vernepleierens kjerneroller .....	21
<b>5.0</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>22</b>
5.1	Kartlegging .....	23
5.2	Analyse.....	25
5.3	Målvalg.....	25
5.4	Tiltak og gjennomføring.....	27
5.5	Evaluering .....	28
<b>6.0</b>	<b>Oppsummering.....</b>	<b>29</b>
<b>7.0</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>30</b>

## 1.0 Innledning

Temaet for bacheloroppgava er hvordan vernepleieren kan bidra i behandlingsprosessen ved diagnosen anorexia nervosa, med spesifikt fokus på behandling av ungdom. Det blir fokusert på ulike behandlingsmetoder samt vernepleierens arbeidsmodell i arbeid med ungdom som er rammet av sykdommen. Ifølge Rosenvinge, Andreassen og Rø (2020) kan det tenkes at i underkant av 50 000 personer i Norge er rammet av behandlingstrengende spiseforstyrrelser, med forbehold om at det finnes mørketall (Rosenvinge, Andreassen og Rø 2020). Mellom 10 000 og 20 000 av disse er rammet av spiseforstyrrelsen anoreksi (0.2-0.4% av befolkningen) (Øverås 2018). Anoreksi blir ifølge Snoek og Engedal (2008) ofte omtalt som en kvinnelidelse, noe som kan tenkes på grunn av de store forskjellene blant forekomsten for menn og kvinner. I en studie av Reas og Rø (2017, sitert i Øverås 2018) ble det påvist ca. 76 nye tilfeller av anoreksi per 100 000 kvinner i 2016, mens det kun ble påvist ca. 4,9 tilfeller hos menn samme året (Øverås 2018).

Øverås (2018) forklarer videre at samfunnets idealer for kroppen spiller en sentral rolle i forhold til utviklingen av spiseforstyrrelser. Det kroppslige idealet i dagens samfunn er mer snevert enn noensinne, da den store variasjonen av kropper er usynliggjort og skambelagt (Evans 2003, sitert i Øverås 2018). Skårderud (2004) forklarer kroppen som et symbolsk redskap, og tar for seg hvordan manipulering av utseende og kropp vil påvirke vedkommende selv og andre. Manipulering av kropp handler om hvordan en ønsker å bli sett av andre, og ikke minst hvordan vi ønsker å se oss selv (ibid.). Manipulering av utseende og fokuset på skjønnhetsidealene finner vi ofte i sosiale medier. Ifølge Øverås (2018) har media i mange sammenhenger fått skylden for det ekstreme kroppsbildet i det vestlige samfunn. Herunder blir media definert som alt fra film og TV til ukeblader og moteindustri (ibid.). I en australsk studie ble det undersøkt om jenter opplevde skjønnhetspress i forhold til å være tynn (Tiggermann, Gardiner og Slater 2000). Resultatene av studiet viser at det er to hovedgrunner til at jentene ønsker å være tynne. Den ene grunnen er på grunn av påvirkning av modeller og medier, og den andre grunnen er fordi de vil bli mer attraktive og få mer oppmerksomhet (ibid.). Det ble også nevnt at andre grunner, som for eksempel bedre selvtillit, popularitet og forventninger fra samfunnet (ibid.).



## 1.1 Vernepleierfaglig relevans

Vernepleierutdanningen er en helse- og sosialfaglig profesjonsutdanning som skal sikre kompetanse og holdninger som videre danner et grunnlag for likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet. Som vernepleier kreves det særlig kompetanse innen miljøterapi og miljøarbeid, habilitering og rehabilitering, helsefremming og helsearbeid. Det blir i tillegg lagt stor vekt på kompetanse om samarbeid både med brukere, pårørende og andre tjenesteytere for å kunne fremme selvbestemmelse, deltakelse og mestring og livskvalitet (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, §2, 2019). Vernepleiere jobber blant annet i spesialisthelsetjenester, skole, eldreomsorgen, barneverntjenesten og innen psykisk helsearbeid (Fellesorganisasjonen 2017) (FO). Ut ifra de ulike områdene, er det sannsynlig at mennesker med psykiske lidelser er en av brukergruppene en vernepleier vil kunne arbeide med. Denne brukergruppen finnes blant annet ved psykiatriske avdelinger, rehabiliterende avdelinger og bofellesskap, hvor det er stor sannsynlighet for å møte på en vernepleier. Dette kan knyttes opp mot tematikken i oppgava, nemlig diagnosen anorexia nervosa. Diagnosen går inn under kategorien psykiske lidelser, og vil være en del av brukergruppa som en vernepleier vil kunne arbeide med.

En vernepleier har kompetanse og kunnskap til å finne gode forsvarlige løsninger i samarbeid med bruker, og har stort fokus på brukerens selvbestemmelse (FO 2021). Videre har vernepleieren kompetanse om habilitering og tiltak som kompenserer for brukerens funksjonsnedsettelse. Den miljøterapeutiske kompetansen, sammen med inkluderingspedagogikk og metodiske ferdigheter, bidrar til økt deltakelse hos brukeren (ibid.). Psykisk helsearbeid er et komplekst fagområde hvor det er viktig med et bredt, sammensatt og tverrfaglig tilbud. Herunder er det viktig med kompetanse om psykiske lidelser, utviklingsforstyrrelser, atferdsendringer i rus eller etter langvarig rusmiddelbruk. I tillegg vil kompetanse om miljøarbeid, etikk og relasjonsbygging være sentralt (ibid.). Miljøterapeutiske tiltak skal ha som formål å bidra til økt livskvalitet og å skape gode øyeblikk for brukeren. Dette er faktorer som er avgjørende for fremgang og mestring for brukeren. Kartleggingsverktøy- og metoder er en stor del av vernepleierens fagfelt. Denne kunnskapen er svært relevant for å kunne analysere forhold som kan knyttes opp mot brukerens utfordrende atferd (ibid.).

## 2.0 Problemstilling

Problemstillingen for oppgava er «Hvordan kan vernepleieren bidra i behandlingsprosessen for ungdom med diagnosen anorexia nervosa?». Som tidligere nevnt, er det mellom 10 000 og 20 000 mennesker i Norge som er rammet av spiseforstyrrelsen anoreksi. For at vernepleieren skal kunne bidra i behandlingen til disse menneskene (spesifikt ungdom i forhold til problemstillingen), vil det være viktig å vite hvilke metoder og tilnærminger som blir brukt i prosessen, samt vernepleierens kompetanse i forhold til brukergruppen og fagområdet. En viktig del av oppgava vil derfor være å belyse vernepleierens kompetanse og hvordan den kan brukes i akkurat denne sammenhengen. Herunder vil vernepleierens arbeidsmodell og de fire kjernerollene være svært sentral.

Hensikten med denne oppgava er å få fram hvordan en vernepleier kan bidra i behandlingsprosessen for ungdom med diagnosen anorexia nervosa.

## 2.1 Avgrensing

Spiseforstyrrelser går ifølge Snoek og Engedal (2017) under kategorien atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer. Øverås (2018) forklarer at begrepet spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for ulike diagnoser som alle innebærer et forstyrret forhold til mat og kropp. De ulike diagnosene for spiseforstyrrelser er anoreksi, bulimi, overspisingslidelse og uspesifiserte spiseforstyrrelser (Nettros 2021). Nettros forklarer videre at både jenter, gutter, kvinner og menn rammes av spiseforstyrrelser, men de fleste får diagnosen som ung.

På bakgrunn av dette, har jeg valgt å avgrense temaet noe, da spiseforstyrrelser er et omfattende og bredt tema. Siden det finnes flere diagnoser innenfor spekteret av spiseforstyrrelser, har jeg valgt å fokusere kun på en av dem – anoreksi. Ved å avgrense oppgava til én diagnose, vil det også bli enklere å skrive om behandlingsprosess, da de ulike diagnosene krever ulik behandling (Øverås 2018). Hovedfokuset i denne oppgava vil være hvordan vernepleieren kan bidra med sin kompetanse og kunnskap i en behandlingsprosess med en spesifikk diagnose. I tillegg har jeg valgt å avgrense brukergruppa til kun ungdommer, da pasienter i forskjellige aldre trenger ulik behandling

(Nettros 2021). En annen grunn til at jeg har valgt å skrive om ungdom, er at anoreksi som oftest debutterer i ungdomsalderen (Øverås 2018). Derfor har jeg valgt å fokusere på behandling for ungdom i alderen 13-18 år.

## **2.2 Disposisjon av oppgaven**

Oppgaven starter innledningsvis med å belyse temaet spiseforstyrrelser og diagnosen anoreksi, hvor det henvises til statistikk og litteratur for å konkretisere temaets alvor og omfang. Videre blir den vernepleierfaglige relevansen knyttet opp mot temaet. Dette for å belyse vernepleierens kompetanse i forhold til temaet i oppgava. Etter innledningen blir problemstillingen presentert sammen med avgrensning, formålet med oppgaven og forforståelse. Deretter kommer et kapittel om metode. Herunder skal oppgavens fremgangsmåte beskrives i forhold til hvilken metode som har blitt brukt, forklaring på litteraturstudie, samt reliabiliteten og validiteten til anvendt litteratur. Teorikapittelet tar for seg flere definisjoner og områder. Det starter med en definisjon av diagnosen anorexia nervosa, etterfulgt av historikk, forekomst, utredning og behandling. Den andre delen av kapittelet tar for seg miljøterapi og miljøarbeid, med fokus på vernepleierens arbeidsmodell og de fire kjerne-rollene. Etter teorikapittelet kommer drøftingen av problemstillingen, hvor jeg har valgt å bruke vernepleierens arbeidsmodell som utgangspunkt. Herunder vil kapittelet bli delt opp i flere deler, jamfør vernepleierens arbeidsmodell. Til slutt avsluttes oppgaven med en oppsummering.

## **2.3 Forforståelse**

Forforståelse handler ifølge Aadland (2015) om forutinntatte holdninger og meninger vi har med oss i møte med både tekst og andre mennesker. Dalland (2017) definerer begrepet fordom som en dom vi har på forhånd, som betyr at vi allerede har en mening om et fenomen før vi undersøker det. Videre forklarer Dalland (2017) at vi alltid har fordommene eller forforståelsen vår med oss inn i en undersøkelse.

Min forforståelse for dette temaet er i stor grad preget av personlige erfaringer som pårørende til noen med anoreksi. Som pårørende har jeg fått mange inntrykk av hva anoreksi er og hvordan diagnosen påvirker pasienten. I tillegg har jeg brukt mye tid på

egenhånd på å lese meg opp på temaet for å få et bedre innblikk i hva diagnosen innebærer. Jeg vil derfor påstå at jeg går inn med en forforståelse av hvor alvorlig dette temaet er, og eventuelt kan bli. På grunn av mine personlige erfaringer og sterke inntrykk innenfor temaet, vil det være viktig at jeg klarer å stille meg nøytralt til temaet under arbeidet med bacheloroppgava. På denne måten har jeg vært kildekritisk i forhold til egne erfaringer og tanker. Gjennom hele oppgava har jeg derfor tatt utgangspunkt i litteratur og prøvd å legge vekk mine egne erfaringer i beskrivelsene.

Jeg har derimot ingen profesjonell erfaring med temaet. Med oppgava ønsker jeg derfor å få mer kunnskap om det profesjonelle forholdet til pasienter med anoreksi, og hvordan jeg som vernepleier kan bidra i behandlingen til disse pasientene.

### **3.0 Metode**

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert 1985, 196 sitert i Dalland 2000).

Valg av metode gjøres ved å vurdere hvilken fremgangsmåte som vil egne seg best for å belyse en gitt problemstilling på en best mulig måte (Dalland 2017). For å belyse problemstillingen i oppgava, vil det i stor grad bli brukt kvalitative data. Informasjonen blir innhentet fra faglitteratur i form av bøker, fag- og forskningsartikler. Litteraturen fremskaffes ved å blant annet lese i pensum- og/eller fagbøker og utføre litteratursøk i aktuelle søkemotorer. Innhenting av data til oppgava er basert på en litteraturstudie, som ifølge Dalland (2017) betyr at informasjon innhentes fra allerede eksisterende data.

#### **3.1 Litteratursøk**

For å finne og innhente relevant faglitteratur, teori og forskning til oppgava, har jeg utført litteratursøk i ulike databaser. I utgangspunktet var planen å bruke forskning fra Norge og Skandinavia, men på grunn av få funn måtte jeg lete etter artikler fra andre land også. Databasene jeg har brukt er Clinahl og PsychINFO. I tillegg har jeg brukt nettsider som

Helsebiblioteket, Helsedirektoratet og Tidsskrift for den norske legeforening som søkemotorer.

Starten av litteratursøket var vanskelig, og jeg brukte mye tid på søk som endte uten resultater. Den største grunnen til dette, er at jeg i utgangspunktet bestemte meg for å bruke forskning fra Norge og Skandinavia. Jeg brukte databasene Oria og SveMed+, og søkeordene jeg brukte var *anorexia*, *anoreksi*, *psykiatri*, *innleggelse*, *ungdom*, *barn*, *ungdomspsykiatri*, *behandling*, *relasjonsbygging* og *relasjoner*. Under siste veiledning fikk jeg god hjelp av veileder slik at jeg kom på riktig spor. Da fant jeg databasene Clinahl og PsychINFO, som jeg etter hvert brukte for å finne artiklene jeg har brukt i oppgava. For å finne de relevante artiklene, ble søkeordene *anorexia nervosa*, *nursing*, *challenges*, *obstacles*, *adolescents* og *therapy* brukt. Det viste seg raskt at det fantes mange studier om temaet, spesielt fra Australia.

Litteratur i form av bøker var enklere å finne, da spesielt i forhold til teori om anoreksi, miljøterapi, vernepleierens arbeidsmodell og de fire kjerne-rollene. På grunn av godt og variert funn av pensumbøker og andre bøker, er store deler av teorikapittelet basert på disse.

### **3.1.1 Funn**

Jeg valgte å fokusere på forskning om relasjonsbygging i forhold til pasienter med diagnosen anoreksi. Som resultat på litteratursøket, endte jeg opp med tre artikler som tok for seg ulike perspektiv på relasjonsbygging og terapeutisk tilknytning mellom pasient og behandler. Det er mye som går igjen i artiklene, som for eksempel hvilke egenskaper hos behandleren fører til en bedre relasjon, og hvilke egenskaper som skaper utfordringer i en terapeutisk tilknytning. I tillegg er både pasientenes og behandlerens oppfatning av regler sentralt i artiklene. To av artiklene tar for seg pasientenes perspektiv og en artikkel tar for seg behandlerens perspektiv. Dette fører til at drøftingen kan ta utgangspunkt i de ulike perspektivene, og blir derfor ikke ensidig. Mer konkret om funnene i de ulike artiklene blir presentert under punkt 4.1.4.1. «Relasjoner og terapeutisk tilknytning i behandlingsprosessen». Grunnen til at studien av Tiggermann, Gardiner og Slater (2000) ikke står oppført under punktet, er fordi den ble funnet i boka av Øverås (2018).

## 3.2 Kildekritikk

Å være kildekritisk krever ifølge Dalland (2017) at en setter seg inn i og kan den teorien som skal gjengis. Et godt kildekritisk arbeid innebærer å fastslå om opplysningene fra en eventuell kilde er sanne (ibid.). Herunder vil det være relevant å dra inn begrepene reliabilitet og validitet. Reliabilitet står for pålitelig, mens begrepet validitet betyr relevans og gyldighet (ibid.).

I oppgava blir det tatt hensyn til validitet ved å se på utgivelsesår på litteratur og pensum. Utgivelsesåret kan ha stor betydning for litteraturen, da det kan ha kommet nyere utgaver av bøker eller nye studier om temaet i etterkant. På bakgrunn av dette, har det blitt brukt nyere utgaver av bøker så langt det lar seg gjøre. I tillegg blir det anvendt forskning av nyere dato. Alt av litteratur som er brukt i oppgava er godkjent pensumlitteratur, og forskningen er fagvurdert. Ved bruk av sekundærkilder, er det viktig å være kritisk (Dalland 2012). Dette fordi forfatteren kan ha tolket primærkilden ulikt (ibid.). Et viktig punkt for å vurdere litteraturens relevans, er om kilden belyser den aktuelle problemstillingen (Dalland 2017). For å finne riktig litteratur for oppgava, har det blitt vurdert nøye hvilket innhold som er relevant og hva som kan utebli. Dette har ført til at mye spennende litteratur har måttet vike for mer relevant innhold til oppgava. I tillegg kan det tenkes at relevant litteratur har blitt oversett. En annen feilkilde kan være litteratur på annet språk, da det er sannsynlig at denne kan feiltolkes.

Det blir også tatt hensyn til reliabilitet i oppgava, herunder ved å være nøye på kildens opphav. I oppgava har jeg i størst mulig grad benyttet kilder fra pensumbøker og forskningsartikler, og jeg har vært kritisk til hvem som har skrevet disse. Siden bøkene er hentet fra pensum til blant annet vernepleierstudiet, vil de i stor grad være svært pålitelige kilder. Forskningsartiklene er hentet fra oppdaterte databaser, og vil derfor i stor grad vise pålitelig karakter. I tillegg har jeg sjekket opp forfatterne av artiklene. Tre av artiklene jeg har valgt ut, er skrevet av samme forfattere, Zugai, Stein-Parbury og Roche. Siden disse forfatterne gikk igjen flere ganger under søket på artikler, vil jeg vurdere kilden som pålitelig.

Den ene nettsiden jeg har brukt, Nettros, har ikke oppgitt forfatter eller årstall for innholdet i teksten. Det samme gjelder det ene dokumentet fra FO, som omhandler vernepleiere i

psykisk helsearbeid. Jeg velger likevel å bruke disse, da Nettros er en landsdekkende organisasjon for alle som er berørt av problematikk rundt mat og kropp (Nettros 2021), og FO er en fagforening for rundt 31 000 barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere (FO 2021). Dette øker påliteligheten av kildene. På grunn av mangel på årstall, har jeg valgt å skrive 2021 bak, da dette er årstallet tekstene ble lest i.

## 4.0 Teori

### 4.1 Anorexia nervosa

Diagnosen anorexia nervosa går under betegnelsen psykiske lidelser og spiseforstyrrelser, og blir ansett som atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (Snoek og Engedal 2008). Ifølge ICD-10 blir anorexia nervosa forklart som en «lidelse kjennetegnet av bevisst vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av pasienten. (...) Lidelsen er forbundet med en spesifikk psykopatologi, der frykt for fedme og lubben figur er påtrengende og overdimensjonert. Pasientene fastsetter en lav idealvekt på seg selv. (...) Symptomene omfatter innskrenket valg av matsorter, overdreven trening, selvfremkalte brekninger og defekasjoner og bruk av appetittdeppe midler og diuretika».

For å kunne stille diagnosen med sikkerhet, kreves det følgende: Pasienten må ha hatt et vekttap på mer enn 15% eller en BMI på under 17,5. Vekttapet må være selvpåført og det er viktig å utelukke somatiske sykdommer som årsak til vekttapet. I tillegg vil pasienter med anoreksi ha et forstyrret kroppsbilde som innebærer følelsen av å være tykk og en frykt for å være overvektig. For barn og unge kan pubertetsutviklingen stoppe dersom sykdomsdebuten er før puberteten (Snoek og Engedal 2008).

Ifølge Skårderud (2016) er anoreksi den tilstanden som tradisjonelt vekker mest oppmerksomhet blant folk på grunn av dens ofte dramatiske synlighet. Tilstanden innebærer en ekstrem frykt og redsel for å være eller å bli tykk (ibid.). Disse tankene resulterer i restriktive tankemønstre og strenge regler for hva og hvor mye man kan spise, samt et stort fokus på vekttap. For mange pasienter med anoreksi vil vrangforestillinger være en stor del av diagnosen (ibid.). Slike vrangforestillinger går svært ofte ut på at man

ser seg selv som stor og tykk uansett hvor mye man går ned i vekt, og dette kan videre føre til drastiske vekttap som etter hvert blir helsefarlig for pasienten (ibid.).

#### **4.1.1 Historikk**

I mange år ble spiseforstyrrelser oppfattet som ensbetydende med anoreksi (Skårderud 2016). Ifølge Skårderud (2016) ble diagnosen anorexia nervosa beskrevet allerede i 1872 av den britiske legen Sir William Gull. Omtrent samtidig lagde legen Charles Lasègue lignende beskrivelser av samme tilstand, men kalte den for anorexie hysterique (ibid.). Lidelsen fikk altså oppmerksomhet i Europa i slutten av 1800-tallet. Etter hvert stilnet oppmerksomheten rundt lidelsen, men etter andre verdenskrig blusset interessen for lidelsen opp igjen (ibid.). Ifølge Skårderud (2016) kom den norske anerkjennelsen av diagnosen anorexia nervosa ganske sent. Det ble brukt mange andre diagnostiske betegnelser på lidelsen, blant annet Simmonds sykdom, nervøs despepsi og psykosomatisk lidelse (Skårderud og Rosenvinge 2001, sitert i Skårderud 2016).

Det var ikke før på 1980-tallet at spiseforstyrrelser begynte å vekke oppmerksomhet og interesse blant folk (Skårderud 2016). Bakgrunnen for dette var at flere pasienter ble synliggjort i behandlingsapparatene, økende evner til å kunne diagnostisere fenomenet og et mer samfunnskritisk engasjement. Kvinnebevegelsen bidro også til et kritisk søkelys på slanke skjønnhetsidealer og kulturelle betingelser for identitetsdannelse (ibid.). På slutten av 1900-tallet ble diagnosen anorexia nervosa supplert med nye diagnoser som bulimia nervosa og overspisingslidelse (Götestam, Skårderud, Rosenvinge og Vedul-Kjelsås 2004, sitert i Skårderud 2016).

#### **4.1.2 Hvorfor får noen anoreksi?**

Avgrensede årsakmodeller kan ikke alene forklare psykiske lidelser (Skårderud 2016). Den amerikanske psykiateren Kendler (2005, sitert i Skårderud 2016) forklarer at enkle modeller ikke vil være nok til å forklare hvordan psykiske lidelser utvikler seg, men at det er behov for å se nærmere på den store kompleksiteten bak lidelsene (Skårderud 2016). På samme måte som andre psykiske lidelser, vil det ikke finnes én enkelt årsak til at noen utvikler anoreksi. Anoreksi utvikler seg og oppstår som følge av ulike kombinasjoner av medfødte egenskaper, livserfaringer og kulturell kontekst (Øverås 2018). Det finnes flere



modeller som tar for seg utviklingen av spiseforstyrrelser. En av de enklere modellene kalles «stress-sårbarhet-modellen» og skiller mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende forhold (Skårderud 2016).

### **Disponerende forhold**

Disponerende forhold tar for seg faktorer som bidrar til at et individ er mer utsatt for å utvikle en spiseforstyrrelse (Skårderud 2016). Øverås (2018) bruker ordet «sårbarhetsforhold» om denne typen forhold, da det i hovedsak omhandler sårbarheter. Skårderud (2016) tar for seg ulike sårbarheter som kan bidra til utvikling av en spiseforstyrrelse. Den første faktoren er kjønn. Rundt 90% av alle pasienter med spiseforstyrrelser er kvinner, så det å være kvinne vil i seg selv være en risikofaktor. De siste tiårene har det også blitt forsket mye på genetik i forhold til psykiske lidelser (ibid.). Genetik og arv handler i dag om arvelige faktorer som kan representere en sårbarhet, og som *kan* bli utløst av for eksempel miljømessige forhold. Når det kommer til arv ved spiseforstyrrelser, kan personlighetstrekk være en utløsende faktor (ibid.). Øverås (2018) forklarer at perfektjonisme er et personlighetstrekk som kan forbindes med spiseforstyrrelser, spesielt anoreksi. I tillegg vil arvelige egenskaper være avgjørende, som for eksempel toleranse for vekttap og slanking (Skårderud 2016). For noen vil ikke dette være et problem, men noen mennesker er genetisk disponert for å ikke tåle den fysiske og psykiske belastningen av å gå ned i vekt (Skårderud 2016). Feil fokus på vekttap og slanking kan derfor føre til negative konsekvenser, dersom vedkommende ikke tåler belastningen (ibid.).

Barn som har blitt utsatt for traumer vil trolig bli mer sårbar for å utvikle psykiske lidelser, spesielt en spiseforstyrrelse (Brown et al. 2014 og Monteleone et al. 2015, sitert i Øverås 2018). Eksempler på slike traumer kan være seksuelle overgrep, fysisk og/eller emosjonell mishandling og grov emosjonell eller fysisk forsømmelse av barn (ibid.). Barn og unge i dagens samfunn blir også utsatt for kroppspress og stort fokus på slanking via reklame og sosiale medier. Slanke skjønnhetsidealer og sunnhetspress har blitt en del av kulturen vår og mange vil derfor være opptatt av det å spise sunn mat og å være i fysisk aktivitet. Ifølge Shisslak mfl. (1998, sitert i Skårderud 2016) vil videreformidling av sunnhetspress og slanking fra familie og venner ha en betydning for utvikling av en spiseforstyrrelse.

### **Utløsende forhold**

Enkelte blir utsatt for større og mer omfattende hendelser som kan være vanskelig å håndtere på en god måte. Slike hendelser blir kalt livshendelser (Skårderud 2016). Når et individ opplever såkalte livshendelser, kan møtene mellom disposisjon og hendelsen utløse tanker, følelser og atferd som etter hvert diagnostiseres som en spiseforstyrrelse (ibid.). Mobbing er en typisk livshendelse som i stor grad preger de utsatte (Skårderud 2016). Et mobbeoffer vil ofte føle seg uverdigg på grunn av måten det blir behandlet på. Følelsen av å være lite verdt kan oppleves som en skamfølelse, og blir gjerne forsøkt håndtert på forskjellige måter. For noen kan håndteringen omhandle en straff ved å ikke unne seg næring, mens for andre kan det være snakk om overspising for å trøste seg selv eller glemme hendelsen (Skårderud 2016).

Endringer i livssituasjonen kan også være utløsende faktorer for en spiseforstyrrelse. Eksempler kan være skilsmisse eller tap (Skårderud 2016). Et individ som går gjennom slike hendelser kan ofte oppleve å miste kontrollen, og på den måten vil mat og kropp bli brukt som forsøk på å gjenvinne opplevelsen av kontroll over noe (ibid.). Øverås (2018) omtaler også puberteten som en utløsende faktor, da spiseforstyrrelser ofte debutterer i pubertetsårene. Puberteten oppleves forskjellig fra individ til individ, men alle går gjennom store biologiske, psykologiske og sosiokulturelle endringer. Mye skjer på en gang både fysisk og mentalt, og derfor blir puberteten sett på som en sårbar periode. Skårderud (2016) tar for seg «jenta som kommer tidlig i puberteten». På grunn av puberteten skjer det mye med kroppen, blant annet at hun strekker seg og blir høyere enn de fleste. Dette kan føre til at hun føler seg for stor og danner en misnøye overfor sin egen kropp. Misnøye overfor egenkropp er ifølge Stice (2001, sitert i Øverås 2018) en kjent prediktor for spiseforstyrrelser. Sårbarheten som enkelte opplever i puberteten, kan derfor forklare hvorfor spiseforstyrrelser ofte utvikler seg i denne perioden (Connan et al. 2003, sitert i Øverås 2018).

### **Vedlikeholdende forhold**

Ifølge Skårderud (2016) kan vedlikeholdende forhold sammenlignes med onde sirkler. Et eksempel på en vedlikeholdende faktor kan være familien. Når et barn får anoreksi, vil hele familien bli rammet (ibid.). Det skjer store endringer i familien, og foreldrene kan oppleve å ikke mestre foreldrerollen. Det å ikke kunne ernære sitt eget barn vil ofte oppleves som et stort nederlag i forhold til egen selvfølelse, og det vil derfor ikke være

unaturlig å utrykke både sinne, fortvilelse og tristhet (ibid.). Dette kan videre føre til at foreldrene enten sier eller gjør noe som er lite gjennomtenkt i forkant, og det er heller ikke unormalt å oppleve uenighet mellom partene. Barnet kan føle på en skam og skyldfølelse for at foreldrene oppfører seg slikt, som igjen kan påvirke anoreksien (ibid.). Slik starter den onde sirkelen.

En annen vedlikeholdende faktor, kan være pasientens sosiale liv. Det å ha anoreksi over en lengre periode kan føre til ensomhet, og slike negative følelser kan igjen forsterke symptomer på sykdommen (Skårderud 2016). En av grunnene til dette kan være at sosiale sammenhenger ofte er knytt opp til måltider sammen med andre, noe pasienten ofte avstår (ibid.). Andre forklaringer kan være at en ungdom med anoreksi har grunnleggende problemer med å regulere egne følelser og i tillegg problemer med å tolke følelser hos andre (Dapelo 2015, sitert i Skårderud 2016). Sosiale møter kan derfor oppleves svært krevende for ungdommen, og vedkommende vil etter hvert føle på å være utenfor. I tillegg kan det tenkes at de andre rundt pasienten vil trekke seg unna vedkommende, da den spiseforstyrrende atferden ofte kan oppleves provoserende og utfordrende (ibid.).

Øverås (2018) forklarer også at mange ungdommer med anoreksi insisterer på at spiseforstyrrelsen gir dem bedre selvtillit og et bedre liv. Ofte viser det seg likevel at det motsatte er tilfellet, at de aldri har hatt det så vondt med seg selv. Spiseforstyrrelsen lover ungdommen et bedre liv dersom vedkommende fortsetter å leve etter dens krav om matinntak og fysisk aktivitet (ibid.). Uansett hvor mye ungdommen strekker seg etter kravene spiseforstyrrelsen setter for vedkommende, vil det aldri oppleves som bra nok. En pasient har beskrevet situasjonen som om noen har festet en gulrot til en stang foran seg. En kan løpe og løpe, men aldri komme frem, mens spiseforstyrrelsen jager bak (ibid.).

#### **4.1.3 Behandling av anoreksi**

Ifølge Folkehelseinstituttet (2009) er det vanlig at pasienter med anoreksi benekter at de er undervektige og trenger hjelp. De fleste pasienter med anoreksi kan ifølge Rosenvinge, Andreassen og Rø (2020) behandles i primærhelsetjenesten eller lokal spesialisthelsetjeneste. Ved mer alvorlige tilfeller bør pasientene behandles i spesialavdelinger for spiseforstyrrelser, og ved livstruende somatiske komplikasjoner kan innleggelse på somatisk avdeling bli nødvendig (ibid.). Allianse- og motivasjonsarbeid

(teori på dette) vil være sentralt i all type behandling. Det blir brukt evidensbasert behandling som omfatter kognitiv atferdsterapi spesifikt rettet mot anoreksi, men også interpersonlig terapi samt familiebasert terapi for barn og unge (ibid.).

Motivasjon for behandling er svært viktig hos pasienter med spiseforstyrrelser, og pasientens ambivalente forhold til endring og behandling kan være svært utfordrende for behandleren (Martinsen 2004). Enkelte pasienter med spiseforstyrrelser er lite motivert for endringer, men søker hjelp og behandling fordi familie eller venner har presset dem (ibid.). Pasienter med anoreksi vil ofte oppleve subjektive plager når de går opp i vekt, og dette vil videre påvirke behandlingsmotivasjonen (ibid.).

Når slanking og vekttap blir brukt som en metode å håndtere kroppsmisnøye eller depressivitet, bør det tolkes som et varsel om at noe ikke stemmer (Rosenvinge, Andreassen og Rø 2020). Barn og unge med betydelig vekttap over kort tid, uten kjent medisinsk lidelse, bør alltid utredes for spiseforstyrrelser (ibid.). Utredning i spesialisthelsetjenesten tar som regel 2-4 behandlingstimer (ibid.). Etter utredningsfasen kan den polikliniske behandlingen startes, og denne innebærer 1-2 behandlingstimer per uke for å kunne etablere en god terapeutisk allianse. En helhetlig terapitilnærming omfatter atferdsendring, normalisering av kroppsvekt, psykoedukasjon, kognisjon, metakognisjon, følelser og relasjoner (ibid.).

### **Psykoterapi og familiebasert terapi**

Ifølge Skårderud (2016) er samtalebaserte behandlingsformer mest effektivt for pasienter med spiseforstyrrelser. Dette kalles også for psykoterapi. Psykoterapi kan gjennomføres både på individ-, gruppe- og familienivå, og de fleste kan behandles ved en poliklinikk. Psykoterapi på familienivå kan også kalles for familiebasert terapi. Familiebasert terapi blir ofte brukt for familier med barn og ungdom som sliter med anoreksi. I denne typen behandling blir det lagt vekt på å få kontroll over pasientens spising og vekt gjennom å styrke foreldrenes kompetanse og autoritet, fremfor den typiske individualbehandlingen av kun pasienten. For å kunne bruke familiebasert terapi må det ligge til grunn at foreldrene er en ressurs i behandlingen. Dersom dette ikke er tilfelle, bør ikke behandlingen tilbys (Rosenvinge, Andreassen og Rø 2020).

Familiebasert behandling bør ifølge Helsedirektoratet (2017) være førstevalg ved start av behandling for barn og unge med anoreksi. Grunnen til dette er at spiseforstyrrelser ofte skaper et høyt konfliktnivå i familien, og foreldrene bør derfor ha tilstrekkelig kompetanse for å kunne håndtere og løse disse konfliktene (ibid.). Foreldre eller andre omsorgspersoner skal kun involveres dersom det er til behandlingens hensikt (Helsedirektoratet 2018). I noen familier kan konfliktnivået skape store utfordringer for foreldre, og de kan oppleve problemer med å samarbeide om behandlingen (ibid.). I tilfeller hvor det er grunn til å tro at det foreligger omsorgssvikt fra foreldrene, skal behandlende instans melde fra til barneverntjenesten (ibid.). Ifølge helsepersonelloven §33 skal helsepersonell uten hinder av taushetsplikt melde fra til barneverntjenesten uten ugrunnet opphold når det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for alvorlige mangler i den daglige omsorgen, eller annen alvorlig omsorgssvikt.

I familiebasert terapi blir det lagt stor vekt på kompetanse for å kunne hjelpe barnet med å overvinne sykdommen (Helsedirektoratet 2017). Den første fasen av behandlingen innebærer et hovedfokus på å støtte foreldrenes samarbeid og funksjoner, slik at de kan ta ansvar for at barnet spiser tilstrekkelig (ibid.). I neste fase vil barnet/ungdommen gradvis ta over ansvaret for spisingen, men får fortsatt støtte og oppfølging fra foreldrene. Den siste fasen av behandlingen innebærer fokus på vanlige temaer i ungdommens utvikling (ibid.). Individuell psykoterapi/behandling av barn og unge med anoreksi kan gis etter den første fasen med familiebasert behandling. Før individuell behandling kan tilbys, må barnets/ungdommens alder og funksjonsnivå vurderes, samt nytten de har hatt av familiebasert behandling (ibid.).

### **Døgnbehandling – psykiatrisk avdeling**

Barn med en vekt på under nedre 2,5 persentil bør legges inn på somatisk barneavdeling eller i en døgnenhet (Helsedirektoratet 2017). Dersom barnet opplever et raskt vekttap kan det likevel være aktuelt med innleggelse selv om vekten er over nedre 2,5 persentil (ibid.). Døgnbehandling kan også bli aktuelt dersom pasienten ikke oppnår ønsket effekt av strukturert og langvarig poliklinisk behandling (Rosenvinge, Andreassen og Rø 2020). Det er viktig at døgnbehandling blir vurdert, slik at pasienten ikke blir gående som undervektig fordi vedkommende ikke regnes som tynn nok for innleggelse (Helsedirektoratet 2017). Målet med innleggelse på psykiatriske avdelinger er som regel å gi et fullt terapeutisk

tilbud til pasienten (Skårderud 2016). For ungdom vil det være aktuelt med innleggelse på barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, eller ren ungdomspsykiatrisk avdeling.

#### **4.1.3.1 Relasjoner og terapeutisk tilknytning i behandlingsprosessen**

Flere studier viser at relasjonen og forholdet mellom behandler og pasient er avgjørende for behandlingsprosessen. Artikkelen *Preferred Therapist Characteristics in Treatment of Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective* av Gulliksen, Espeset, Nordbø, Skårderud, J Geller og Holte (2012), tar for seg pasientenes perspektiv på hvilke karakteristiske trekk de foretrekker hos en behandler. Denne studien er basert på ungdommer. En god behandler blir beskrevet som anerkjennende overfor pasientene, interessert og engasjert, står i utfordrende situasjoner og har erfaring og autoritet (Gulliksen mfl. 2012). En pasient forklarer at det å bli respektert av behandleren er sentralt for behandlingen, og forklarer forskjellen mellom å bli snakket *til* og å bli snakket *med*. Ved at behandleren snakker *med* pasienten, blir behandleren etter hvert kjent med pasienten og kan derfor tilpasse en individuell behandling. Å bli behandlet som et unikt individ er ifølge pasientene viktig for at de skal føle seg sett og ivaretatt (ibid.). En annen pasient forklarer at behandleren er enklere å stole på dersom de er tålmodige og ikke presser på, og det vil i tillegg føre til at pasienten selv får tid til å tenke og finne ut av ting (ibid.).

Det at behandleren aktivt viser interesse og engasjement i behandlingen, fører til at pasientene føler at de blir lyttet til (Gulliksen mfl. 2012). I tillegg viser studien til at bruk av humor blant behandlerne kan være et godt virkemiddel i behandlingen, da pasientene forteller at behandlernes humør smitter over til dem. Ved bruk av humor blir heller ikke behandlerne tatt så altfor seriøst, noe pasientene setter pris på (ibid.). Behandlerne som viser støtte i vanskelige situasjoner oppleves som svært viktig for pasientene. Herunder blir det fokusert på pasientens mestring og potensiale. Følelsen av mestring er viktig for pasienter med anoreksi, og det at behandleren har tiltro til pasienten selv om ting føles vanskelig, oppleves som betryggende (ibid.). Studien viser også at behandlerens erfaring med spiseforstyrrelser og anoreksi er avgjørende for det terapeutiske forholdet. En pasient forklarer at dette fører til at de føler seg tryggere i behandlingen, og føler at behandleren forstår situasjonen de står i. I tillegg kan behandlerens selvsikkerhet føre til at pasientene får større tiltro til behandleren (ibid.).

Pasientene i denne studien har også beskrevet en dårlig behandler. Her blir det blant annet nevnt at en dårlig behandler ikke tar hensyn til følelsene og meningene deres, er passive og lite engasjerte (Gulliksen mfl. 2012). Dette skaper en dårlig relasjon mellom pasient og behandler, og pasientene vil i mye mindre grad føle seg ivaretatt. En pasient fortalte også om en opplevelse av en behandler som hadde en stakkarslig tilnærming til pasienten. Dette førte til at pasienten følte seg enda mindre og usikker (ibid.).

I motsetning til Gulliksen mfl. (2012) tar artikkelen *Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives* av Zugai, Stein-Parbury og Roche (2019) for seg behandlernes perspektiv på autoritet i behandling av ungdom med anoreksi. En behandler forklarer at det å være streng og rigid i forhold til reglene på institusjonen fører til at de opplever kritikk fra pasientene. Det har i enkelte tilfeller ført til at pasientene har bedt om et annet personale (ibid.). Enkelte behandlere opplever en slags rollekonflikt når de må fremstå streng overfor pasientene. Selv om de skjønner at de må være strenge, opplever de en konflikt i forhold til medfølelse for pasientene som har det vanskelig. De ønsker å bli godt likt, men makten kommer i konflikt med dette ønsket. For noen ble dette svært ubehagelig, mens en annen behandler forteller at hun ikke tar seg like nært av det (ibid.). Dersom en pasient ikke likte henne, var det ikke noe hun kunne gjøre med det. Studien forklarer videre at behandlernes alder påvirker deres autoritet (ibid.). Unge behandlere ble ofte sett mer på som venner av pasientene, mens de eldre behandlerne ikke opplevde dette. For de unge behandlerne ble det derfor utfordrende å opptre som autoritet og å ha makt, noe som videre førte til uklare profesjonelle grenser (ibid.). I tillegg blir unge behandlere sett i sammenheng med lite livserfaring og arbeidserfaring. En ung behandler vil derfor kunne ha utfordringer i forhold til grensesetting, i tillegg vil mangel på erfaring føre til at pasienten ikke stoler på behandleren (ibid.).

Den siste artikkelen, *Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective*, er også skrevet av Zugai, Stein-Parbury og Roche (2013). Denne artikkelen tar for seg pasientenes perspektiv på hva som betegnes som god behandling. Disse pasientene er ungdommer som en gang var innlagt på avdeling for spiseforstyrrelser, men som nå har blitt frisk (ibid.). I denne artikkelen blir det nevnt pasientenes mangel på kontroll, og hvordan dette oppleves. Behandlerne innførte strenge regler i forhold til spise- og treningsmønster, hvor pasientene ikke hadde noen form for kontroll selv. Pasientene

måtte spørre om tillatelse for det meste, og de ble fulgt med på hele tiden (ibid.). Studien viser at mange av pasientene ikke likte reglene og synes at opplegget var veldig strengt, men at de likevel forstod verdien i det. En pasient nevner at de ikke likte opplegget der og da, men er i etterkant svært takknemlig for at behandlerne hadde så mye kontroll som de hadde (ibid.). Dersom pasientene brøt reglene og ikke fulgte behandlingen, ville de bli møtt med negative konsekvenser. Ved å unnvike fra kostholdsplan, kunne næringsdrikker eller sonde bli aktuelt dersom vekta ble for lav (ibid.). Pasientene hadde heller ikke lov til å trene eller være i unødvendig aktivitet, og dersom pasientene likevel gjorde dette kunne konsekvensen bli at de måtte ligge i senga og hvile i en viss tid (ibid.). Det at pasientene var så bevisste på konsekvensene for regelbrudd, resulterte i bedre overholdelse av reglene, som igjen førte til at pasientenes vekt økte (ibid.).

## **4.2 Målrettet miljøarbeid og miljøterapi**

Begrepet miljøterapi kommer opprinnelig fra det terapeutiske samfunn, som innebærer at miljøet på psykiatriske institusjoner ble tilrettelagt for læring av nye atferdsmønstre (Andersen 1997, sitert i Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Begrepet har blitt mye brukt innenfor psykiatrien, og bakgrunnen for miljøterapi var å skape et nytt miljø som var svært annerledes i forhold til det brukeren var vant med (Kvaran & Holm 2012, sitert i Nordlund, Thronsen og Linde 2015). I tidligere definisjoner av begrepet ble det stort sett kun vektlagt læringsmiljø for enkeltindivider eller grupper, noe som har blitt kritisert i senere tid. Kvaran og Holm (2012, sitert i Nordlund, Thronsen og Linde 2015) mener at definisjonen manglet fokus på relasjonens betydning i miljøterapien, og forklarer videre at relasjonen mellom terapeut og bruker er sentral i all behandling (ibid.). Helsedirektoratet har en god definisjon av begrepet, som også innebærer fokus på relasjonsbygging. Herunder blir miljøterapi definert som en planlagt tilretteleggelse av dagliglivet i en døgnetenhet. Dette innebærer enhetens psykososiale miljø, læringsmiljø og relasjonen mellom en miljøterapeut og bruker (Helsedirektoratet 2013).

Miljøterapi innebærer blant annet grensesetting, opplevelse av mestring, struktur og rytmer (Snoek og Engedal 2017). Kort forklart dreier miljøterapi seg om å hjelpe brukeren til å planlegge og strukturere hverdagen på en slik måte som bidrar til økt mestring i livssituasjon (ibid.). Som miljøterapeut settes det opp målsettinger som brukeren skal jobbe mot. Disse målene blir avgjort sammen med brukeren selv, slik at brukerens



meninger og tanker blir ivaretatt. Målsettingene blir tilpasset brukeren, og omgivelsene til vedkommende vil være viktige ressurser for å oppnå målene (ibid.).

Begrepene miljøterapi og miljøarbeid blir brukt mye om hverandre, men har en noe ulik betydning. Begrepet miljøarbeid kan defineres på flere måter. Brask, Østby og Ødegård (2016) definerer miljøarbeid som en faglig tilnærming for å påvirke rammefaktorer og individuelle forutsetninger for økt livskvalitet og mestringsevne hos en bruker. Miljøarbeid har en sentral posisjon i vernepleierens arbeid og kompetanse. FO (2008, sitert i Brask, Østby og Ødegård 2016) bruker betegnelsen målrettet miljøarbeid og definerer begrepet som en «systematisk tilretteleggelse av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå bedret livskvalitet og personlig vekst og utvikling hos den enkelte tjenestemottaker» (Brask, Østby og Ødegård 2016, 24). Det som utgjør at miljøarbeidet er målrettet, er at arbeidet gjøres systematisk. Sammen med brukeren blir det gjennomført en grundig og bred kartlegging som blir grunnlag for videre arbeid med analyse, målvalg, tiltak og evaluering (ibid.). Dette jamfør vernepleierens arbeidsmodell som blir forklart senere i teksten. Systematikken ligger i grundigheten, sammenhengen og bredden på de ulike nivåene og områdene, i tillegg til i evalueringen, hvor resultatet blir sammenlignet med utgangspunktet. Det blir lagt stor vekt på at brukeren får delta mest mulig under hele prosessen. FO (2008, sitert i Brask, Østby og Ødegård 2016) mener at vernepleierens arbeidsmodell er mulig å anvende i denne sammenhengen, både på individ- og systemnivå.

#### **4.2.1 Vernepleierens arbeidsmodell**

Ifølge FO (2017) er vernepleierens arbeidsmodell en problemløsningsmodell. Dette innebærer planlegging, gjennomføring og evaluering av arbeid der et individ eller et miljø ønsker endringer. Nordlund, Thronsen og Linde (2015) forklarer videre at vernepleierens arbeidsmodell består av ulike faser som kalles kartlegging, analyse, målvalg, tiltak, gjennomføring og evaluering. For at en vernepleier skal kunne gjennomføre et slikt arbeid, er kompetanse innenfor observasjon, registrering og annen kartlegging svært sentralt (Brask, Østby og Ødegård 2016). I tillegg må vernepleieren ha en god relasjon- og kommunikasjonskompetanse, da en kanskje ikke kjenner brukeren så godt fra før (ibid.). For vernepleieren vil det være viktig at arbeidsmodellen ivaretar samspillet mellom han/hun og brukeren, i tillegg til å fremme brukermedvirkning gjennom hele prosessen (FO 2017).

Det første steget i vernepleierens arbeidsmodell er kartlegging. Ifølge Nordlund, Thronsen og Linde (2015) må kunnskapsbasert praksis bygges på grundig kartlegging for å danne grunnlag for faglige argumenter i den videre arbeidsprosessen. Et eksempel kan være begrunnelser for et eventuelt tiltak. I utgangspunktet går kartleggingen ut på at vernepleieren møter en utfordring knyttet opp mot den enkelte bruker/pasient (ibid.). Det stilles strenge krav i forhold til kartleggingsarbeid, da alt må dokumenteres og begrunnes (ibid.). Uavhengig av hvilken utfordring vernepleieren møter i arbeid med pasienten, vil første oppgave i kartleggingen være å danne seg et bilde av situasjonen (ibid.). Allerede i første møte med utfordringen, vil det være viktig at vernepleieren forholder seg kritisk reflekterende til hvilken informasjon som er relevant for videre arbeid, i tillegg til å innhente nødvendig samtykke (ibid.). Pasienten skal være aktiv deltakende under kartleggingsprosessen, og det er pasientens og vernepleierens samlede vurdering av situasjonen som blir grunnlaget for videre arbeid (ibid.).

For at vernepleieren skal få kunne samle inn tilstrekkelig informasjon, vil valg av kartleggingsmetode være avgjørende. Kartleggingsmetode betyr ulike verktøy som brukes for systematisk informasjonshenting (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Valg av metode påvirkes av hvilken informasjon vernepleieren er ute etter (ibid.). Det skilles mellom kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitative metoder blir blant annet brukt for å kartlegge opplevelser, sosiale fenomener og relasjoner, og herunder vil feltobservasjoner og samtaler være sentrale metoder (ibid.). For å innhente kvalitative data, kreves det at vernepleieren får innpass og tillit i miljøet det skal kartlegges i (ibid.). Kvantitative metoder blir brukt for å få oversikt over form eller mengde, og kan fremstilles som statistikk. Her vil spørreskjema være en god metode for å samle inn data (ibid.).

Når vernepleieren har samlet inn tilstrekkelig med informasjon om pasienten, skal denne analyseres (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). I dette steget av arbeidsmodellen blir informasjonen blir systematisert og bearbeidet. Det kan tenkes at ikke alt av relevante opplysninger blir fanget opp under kartleggingen, og det vil da være behov for at vernepleieren går tilbake for å finne mer spesifikk informasjon om det enkelte området (ibid.). På denne måten vil vernepleieren kunne sikre en eventuell sammenheng i arbeidet. Det aller viktigste i prosessen er at vernepleieren kvalitetssikrer arbeidet sammen med både pasienten og andre ansatte på avdelingen. Ved å diskutere og drøfte innhentet

informasjon sammen med andre ansatte, vil vernepleieren kunne få andre synspunkt og meninger om situasjonen og kartleggingen (ibid.).

Etter at informasjonen er analysert og systematisert, kan vernepleieren begynne å tenke på hvilke mål som skal utarbeides for pasienten. Grunnlaget for målvalg skal i hovedsak være pasientens egne mål, da dette øker sjansen for et vellykket samarbeid (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). For at pasientens egne mål skal kunne være utgangspunkt i målvalgene, må målene være realistiske og oppnåelige i forhold til behandlingsprosessen (ibid.). Det finnes ulike typer mål, blant annet trivselsmål, omsorgsmål og prosessmål (ibid.).

Ut fra ett av delmålene skal det utarbeides et tiltak (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Et tiltak er en aktivitet eller en handling som skal føre til måloppnåelse, og den skal utføres systematisk i sammenheng med en plan for en tidsavgrenset periode (ibid.). Tiltaket skal formuleres skriftlig, og det skal inneholde konkrete beskrivelser om hva som skal gjøres (ibid.). I tillegg skal det lages en gjennomføringsplan for hvordan tiltaket skal gjennomføres. Herunder skal det beskrives hvordan tiltaket skal gjennomføres, i hvilken situasjon det skal gjennomføres, når det skal gjennomføres, hvem som skal gjennomføre tiltaket, verktøy for dokumentasjon og hvor dokumentasjonen skal oppbevares (ibid.). Tiltak med gjennomføringsplan kan også beskrive utvikling i form av en prosess (ibid.). Dette krever at gjennomføringsplanen også inneholder hvilke ledd utviklingsprosessen kan bestå av, forventningene til tjenestemottaker, forventninger til tjenesteyter, hva som skal observeres i forhold til fremgang i prosessen og verktøy for å samle erfaringer (ibid.).

Etter at tiltaket har blitt utprøvd i en periode, skal det evalueres (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Det å evaluere et tiltak innebærer å vurdere hvorvidt tiltaket fungerer i sin hensikt for at brukeren skal nå målene sine. For å kunne evaluere tiltaket, kreves det systematisk kartlegging av tiltakets effekt underveis i gjennomføringen (ibid.). Resultatet av denne kartleggingen danner grunnlag for vurdering om tiltaket fungerer i sin hensikt. Det vil være aktuelt å sette opp evalueringskriterier slik at den som evaluerer tiltaket har (ibid.). Slike kriterier kan være hva som er målsettingen med tiltaket, hva er målsettingen med evalueringen, hva skal evalueres, hvordan skal det evalueres og hvilken informasjon trengs for å evaluere (ibid.). Ut fra evalueringskriteriene kan det lages en evalueringsplan som skal svare på følgende spørsmål: Når og hvordan skal informasjon innhentes, hvem skal dokumentere informasjon, hvilke kriterier skal være oppfylt for at tiltaket kan

avsluttes og målet er nådd, og hvordan tjenestemottakerens egne vurdering av tiltaket skal ivaretas (ibid.).

#### **4.2.2 Vernepleierens kjerne roller**

Måten en kommuniserer på i arbeid med mennesker preges både av hvem man er som person, og hvilken yrkesrolle man har (Røkenes og Hanssen 2012). Ifølge Røkenes og Hanssen (2012) defineres begrepet «rolle» som summen av forventningene som rettes mot en bestemt posisjon. På lik linje som andre yrkesroller, vil det også oppstå rolleforventninger til vernepleieren. For å tydeliggjøre disse forventningene, har Brask, Østby og Ødegård (2016) definert vernepleierens fire kjerne roller. Kjerne rollene vil gjøre det enklere å diskutere vernepleierens varierende posisjoner og tilnærminger i praksis, og hvilke typiske rolleforventninger som er knyttet opp mot vernepleierens arbeid (ibid.). De fire kjerne rollene blir kalt partnerrollen, ansvarsrollen, brobyggerrollen og pådriverrollen (ibid.).

Innenfor partnerrollen finner vi den samhandlende vernepleieren på individnivå (Brask, Østby og Ødegård 2016). Herunder vil relasjonen til den enkelte bruker være sentral, og det blir lagt vekt på dialog, individuell tilpasning og samarbeid (ibid.). Partnerrollen krever tilpasningsdyktighet hos vernepleieren og en evne til å spille den andre god. Ansvarsrollen innebærer den handlende vernepleieren på individnivå (ibid.). Innenfor ansvarsrollen blir det forventet at vernepleieren har mot til å ta selvstendige avgjørelser og viser handlingsdyktighet. Vernepleieren har ansvar for å stå i vanskelige dilemmaer knyttet opp mot brukers evne til å se sitt eget beste. Dette kan føre til at vernepleieren må ta avgjørelser som går ut over brukers egne ønsker og interesser (ibid.). I motsetning til de to første rollene, vil de to andre omhandle vernepleieren på systemnivå. Brobyggerrollen beskriver den samhandlende vernepleieren på systemnivå. Her vil fokuset på tverrprofesjonelt samarbeid være sentralt (ibid.). Denne rollen krever at vernepleieren skal samarbeide systemnivå, preget av dialogisk kommunikasjon og samhandling. Eksempler på dette kan være samarbeid med enten andre ansatte, familie og pårørende, eller andre kommunale instanser. Et slikt samarbeid kan være utfordrende, og det kreves derfor god samhandlingsevne (ibid.). Den siste kjerne rollen kalles pådriverrollen. Her finner vi den selvstendig handlende vernepleieren på systemnivå (ibid.). Denne rollen innebærer et spesielt engasjement for å kjempe for brukers rettigheter. I tillegg skal vernepleieren

varsle om eventuell svikt og mangler i tjenestene til brukerne som ikke kan si fra selv (ibid.).

## 5.0 Drøfting

På grunn av vernepleierfaglig relevans, vil drøftingen ta utgangspunkt i vernepleieren på ungdomspsykiatrisk avdeling. Hovedårsaken til dette er at vernepleierens fagområde ikke innebærer behandling på poliklinikker, og det vil derfor ikke være mulig å drøfte vernepleierens rolle i en behandlingsprosess dersom dette er utgangspunktet. Som nevnt innledningsvis vil en kunne finne vernepleiere på psykiatriske avdelinger. Ved å ta utgangspunkt i vernepleierens rolle på ungdomspsykiatrisk avdeling, vil det være mulig å drøfte både vernepleieren som miljøterapeut, kompetanseområdene til vernepleieren, og hvordan dette kan utnyttes i en behandlingsprosess for ungdom med diagnosen anoreksi. For å skape en god drøfting, har jeg valgt å lage en slags case som tar for seg en ungdom med anoreksi på ungdomspsykiatrisk avdeling. Ut ifra casen skal det drøftes hvordan vernepleieren kan bidra i behandlingsprosessen til pasienten, med fokus på vernepleierens arbeidsmodell og de fire kjerne rollene. Arbeidsmodellen vil være grunnlaget for drøftingen, og tekstens oppsett videre vil derfor være preget av dette. Drøftingen vil inneholde flere underpunkter som tar for seg de ulike stegene i vernepleierens arbeidsmodell.

Bruk av vernepleierens arbeidsmodell kan ses i sammenheng med målrettet miljøarbeid. Sammen med brukeren blir det gjennomført en grundig og bred kartlegging som blir grunnlag for videre arbeid med analyse, målvalg, tiltak og evaluering (Brask, Østby og Ødegård 2016). Dette er også oppbyggingen av vernepleierens arbeidsmodell. Som vernepleier på en ungdomspsykiatrisk avdeling, vil en ha stilling som miljøterapeut, da miljøterapi går ut på å tilrettelegge av dagliglivet til pasienter i en døgnenhet Helse direktoratet (2013). Dette innebærer enhetens psykososiale miljø, læringsmiljø og relasjonen mellom en miljøterapeut og bruker (ibid.).

Casen omhandler Stian, en gutt på 15 år som akkurat har kommet inn på ungdomspsykiatrisk avdeling. Han har hatt diagnosen anoreksi i 2 år, og dette er første gang han er innlagt. Stians KMI viser at han er undervektig grad 2. Vernepleieren på

avdelinga har fått ansvar for å innhente informasjon og kartlegge situasjonen til Stian, for å videre benytte vernepleierens arbeidsmodell for å utarbeide målvalg og tiltak for behandlingsprosessen.

## 5.1 Kartlegging

Kartlegging er det første steget i vernepleierens arbeidsmodell (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Som tidligere nevnt, går kartlegging i hovedsak ut på at vernepleieren møter en utfordring som er knyttet opp mot den enkelte pasienten eller brukeren (ibid.). I denne sammenhengen skal vernepleieren kartlegge Stian sin livssituasjon, men hovedfokus på hans utfordringer. Herunder vil diagnosen anoreksi være utfordringen som må kartlegges mer. For at vernepleieren skal få kunne innhente tilstrekkelig informasjon om Stian, må valg av metode være gjennomtenkt. Siden Stian skal inkluderes i kartleggingen, vil samtaler i utgangspunktet være en god metode for å innhente informasjon. Dette er en kvalitativ metode som brukes for å kartlegge blant annet sosiale fenomener og opplevelser (ibid.). Ved at vernepleieren har samtaler med Stian, opprettes det dialog mellom partene. Vernepleieren får da mulighet til å stille spørsmål direkte til Stian, skape en god samtale, og forhåpentligvis få svarene som trengs for en god kartlegging. Informasjon om blant annet Stians spisemønster og eventuelle kompenseringssatferder vil være viktig for vernepleieren å innhente. I tillegg vil det være nyttig å vite hvor lenge Stian har hatt utfordringer med mat og kropp, hans motivasjon for behandling og hvilken type behandling som har fungert/ikke fungert tidligere. På denne måten kan vernepleieren danne seg et utgangspunkt for hvordan videre behandling kan tilpasses hans behov og ønsker.

For at samtaler direkte med Stian skal være en god metode for innhenting av informasjon, kreves det at Stian har innsikt i egen sykdom og vet at han trenger behandling. Det blir nevnt av Folkehelseinstituttet (2009) at pasienter med anoreksi kan benekte at de er undervektige og trenger hjelp. Dersom dette er tilfellet hos Stian, kan samtaler være et dårlig valg av kartleggingsmetode. Det kan tenkes at dersom Stian ikke har innsikt i eget hjelpebehov og egen sykdom, vil samtalen gi vernepleieren feilinformasjon fra hans side. Eksempel på feilinformasjon kan være at Stian påstår at han ikke har utfordringer med mat. Dette krever at vernepleieren må bruke en annen metode for innhenting av informasjon. Et eksempel kan være feltobservasjoner, da vernepleieren selv kan observere

Stian atferd i miljøet, spesifikt rettet mot måltider og eventuell kompenseringsatferd. En annen måte å innhente informasjon på, kan være å snakke med Stians foreldre eller eventuelt andre omsorgspersoner.

Innhenting av kvalitative data og samtaler som metode krever også at vernepleieren får innpass og tillit i miljøet som skal kartlegges i (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Stian er ny på avdelingen, og vernepleieren har ikke kjentskap til han fra før. For at Stian skal kunne få tillit til vernepleieren, vil det være viktig at de skaper en relasjon til hverandre. Dette kan knyttes opp mot vernepleierens partnerrolle, som innebærer blant annet fokus på relasjon og dialog med pasienten (Brask, Østby og Ødegård 2016). I studien av Gulliksen et. al. (2012) blir det beskrevet flere karakteristiske trekk som blir foretrukket hos behandlere. Positive karaktertrekk blir blant annet beskrevet som å være anerkjennende, interessert og engasjert overfor pasienten (ibid.). Det kommer frem i studien av Gulliksen mfl. (2012) at det oppleves positivt at behandleren snakker med pasienten og ikke til. På denne måten vil behandleren kunne bli ordentlig kjent med pasienten, og det vil bli enklere å tilpasse en individuell behandling (ibid.). Som vernepleier vil det være viktig å fokusere på dialog og det å snakke *med* Stian, slik at det i størst mulig grad er mulig å danne relasjon og å bli kjent. På denne måten vil vernepleieren kunne bli kjent med Stian som person, og det vil bli enklere å tilpasse videre individuell behandling for hans behov. Likevel vil det være viktig å ikke være for påtrengende og ivrig. I samme studie av Gulliksen mfl. (2012) kommer det også frem at pasientene synes det er enklere å stole på behandlerne dersom de er tålmodige og ikke presser på. Ved at vernepleieren er for pågående overfor Stian, kan det derfor tenkes at det blir vanskeligere for han å kunne skape tillit til vernepleieren. For å ikke bli for påtrengende, men samtidig prøve å bli kjent med Stian, kan vernepleieren for eksempel snakke med Stian i miljøet på avdelingen uten å ta han med på et eget rom.

Det å kartlegge andre personer i ulike situasjoner krever et stort faglig og etisk ansvar fra vernepleierens side (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Dersom det ikke er mulig å innhente informasjon fra pasienten selv, kan samtaler med foreldre eller andre omsorgspersoner være aktuelt. Foreldre skal kun involveres dersom det er til behandlingens hensikt (Helsedirektoratet 2018). Som vernepleier vil det være aktuelt å ta en prat med foreldrene til Stian. Dette kan være givende i forhold til innhenting av data til kartlegging. Samtidig kan det også være mot sin hensikt, dersom foreldrene ikke er villig

til å samarbeide. I noen familier kan konfliktnivået skape store utfordringer for foreldre, og de kan oppleve problemer med å samarbeide om behandlingen (ibid.). I tilfeller hvor det er grunn til å tro at det foreligger omsorgssvikt fra foreldrene, skal behandlende instans melde fra til barneverntjenesten (ibid.). Dersom det ligger til grunn til å tro at Stians foreldre ikke har gitt tilstrekkelig omsorg, er vernepleieren pliktig til å melde fra til barnevernet (helsepersonelloven §33). Dette fører til at vernepleieren får et stort etisk ansvar. Videre kan dette kobles opp mot vernepleierens ansvarsrolle, som blant annet innebærer å vurdere helse- og sikkerhetsrisiko på vegne av pasienten (Brask, Østby og Ødegård 2016).

## **5.2 Analyse**

Når vernepleieren har samlet inn tilstrekkelig med informasjon om pasienten, skal denne analyseres (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Informasjonen som er innhentet skal systematiseres og bearbeides (ibid.). Det aller viktigste i prosessen er at vernepleieren kvalitetssikrer arbeidet sammen med både pasienten og andre ansatte på avdelingen. Dette kan føre til et tverrfaglig arbeid og samarbeid, tatt i betraktning at de andre ansatte har ulike profesjoner. Det kan tenkes at de ulike profesjonene på en ungdomspsykiatrisk avdeling sitter med ulik kompetanse og kunnskap, og ved å dele tanker og meninger med hverandre, vil kanskje vernepleieren kunne se saken til Stian fra et nytt synspunkt. Dette kan ses i sammenheng med vernepleierens brobyggerrolle, da denne omhandler vernepleieren i det tverrfaglige samarbeidet.

## **5.3 Målvalg**

Etter analysering og systematisering av informasjon fra kartleggingen, kan vernepleieren, sammen med Stian, begynne å utarbeide mål som skal gjelde for behandlingen. Grunnlaget for målvalg skal i hovedsak være pasientens egne mål (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Ved at Stian får være med på å utforme sine egne mål, kan det føre til at han opplever større grad av motivasjon for å nå dem. Som vernepleier vil det være viktig å ta ansvar for at Stian setter seg realistiske mål som kan være positive for behandlingen videre. Som tidligere nevnt, kan pasienter med anoreksi benekte undervekt og behov for hjelp (Folkehelseinstituttet 2009). En tenkelig situasjon kan være at Stian ikke har



selvinnsett i egen sykdom, og vil derfor ikke sette realistiske mål i forhold til å bli frisk. Et eksempel på et urealistisk mål kan være at Stian ønsker å opprettholde lav vekt, i frykt for å bli stor.

Martinsen (2004) forklarer at behandlingsmotivasjon hos pasienter med spiseforstyrrelser er svært viktig, da forholdet til endring og behandling kan være svært varierende. Pasienter med anoreksi vil ofte kunne oppleve subjektive plager når de går opp i vekt, og dette vil videre påvirke pasientens behandlingsmotivasjon (ibid.). Dersom Stian opplever det krevende og utfordrende å sette realistiske mål i forhold til å bli frisk, vil det være viktig at vernepleieren motiverer han i riktig retning. Blant annet er det viktig at Stian opplever tiltro til vernepleieren, og klarer å stole på prosessen. Dette kan gjøres ved at vernepleieren forteller Stian om sin erfaring og kunnskap rundt diagnosen hans, og betrygge ham på at dette har vernepleieren vært med på før. I studien av Gulliksen mfl. (2012) kommer det nemlig frem at behandlernes erfaring om diagnosen er avgjørende for det terapeutiske forholdet, da pasientene føler seg tryggere i behandlingen ved at behandleren har erfaring innenfor temaet. Dette kan føre til at Stian etter hvert får tillit til prosessen, og stoler på at målene som utarbeidet er mulig å mestre. Ut fra samme studie viser det også at behandlere som er støttende i vanskelige situasjoner, oppleves som svært viktige for pasientene. Dette fører til at pasientene føler seg trygge og ivaretatt, og det vil skape større tiltro til behandleren (Gulliksen mfl. 2012). Det vil derfor være viktig at vernepleieren hele tiden fokuserer på Stians potensiale til å mestre målene som blir satt, i tillegg til å trygge han på behandlingsprosessen.

Et eksempel på målvalg kan se slik ut. Det blir tatt utgangspunkt i at målene er utarbeidet sammen med Stian.

Overordnet mål: Stian skal flytte ut av ungdomspsykiatrisk avdeling.

Hovedmål: Stian skal opp på en KMI som tilsvarer at han er normalvektig.

Delmål: Stian skal gå opp 5 kilo.

Målene skal også begrunnes. Grunnen til at det overordnede målet er at Stian skal flytte ut av avdelingen, er at det ikke skal virke for urealistisk å oppnå. Et overordnet mål om å for eksempel bli frisk kan oppleves som uoverkommelig og kan derfor være demotiverende for Stian. Hovedmålet og delmålet er noe likt. Dette begrunnes med at et mål om å komme

opp på en KMI som normalvektig kan virke veldig langt opp og frem, og et delmål om en vektøkning på 5 kilo kan være en fin start.

## 5.4 Tiltak og gjennomføring

Ut ifra delmålet skal det utarbeides et tiltak som skal føre til at målet blir nådd. På samme måte som resten av prosessen, skal også tiltaket utarbeides sammen med Stian. I dette tilfellet vil kostholdsplan være et godt tiltak for Stians mål. Kostholdsplanen skal inneholde oversikt over alle måltider for dagen, og må følges tett opp av både vernepleieren og de andre ansatte på jobb. Dersom kostholdsplanen blir fulgt til punkt og prikke, skal Stian gå opp i vekt etter kort tid.

Et tiltak skal utarbeides på en måte som gjør det mulig for tjenestemottaker å mestre det. Gulliksen mfl. (2012) nevner viktigheten av mestring for pasienter med anoreksi, og at det vil være viktig at behandlerne fokuserer på dette i behandlingsprosessen til pasientene. Ved at vernepleieren og Stian har utarbeidet et tiltak som er mulig å mestre, vil det mest sannsynlig oppleves motiverende for Stian. Herunder vil også behandlingsmotivasjon være sentralt, dersom Stian skulle oppleve tiltaket som utfordrende eller krevende på et vis. For å gjennomføre tiltaket, kreves det for det første at de ansatte på avdelingen følger kostholdsplanen. Studien *Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective* av Zugai, Stein-Parbury og Roche (2013) tar for seg virkningen av strenge regler i forhold til spisemønster og behandlernes kontroll. Behandlerne innførte strenge regler som førte til at pasientene mistet all form for kontroll over eget matinntak. Denne studien viser at mange av pasientene ikke likte reglene, men likevel forstod verdien i det (ibid.). Ut ifra resultatene, kan det også tenkes at Stian opplever tiltaket som strengt. Behandlerne i denne studien var også opptatt av å belyse eventuelle negative konsekvenser av å ikke følge reglene. Dette førte til at pasientene overholdt reglene, som igjen førte til at pasientene gikk opp i vekt (ibid.). Dersom Stian klarer å se verdien i tiltaket, kan det tenkes at han klarer å gjennomføre det. Dette krever at de ansatte på avdelingen er opptatt av å informere Stian om hvilke konsekvenser han kan oppleve dersom han ikke følger reglene, i tillegg til motivasjon og fokus på mestring gjennom prosessen.

## 5.5 Evaluering

For å innhente informasjon til evalueringen, skal Stian veies en gang i uka. Siden tiltaket er basert på en vekttoppgang, vil dette avsløre om tiltaket fungerer eller ikke. To tenkelige scenarioer kan oppstå: Stian har ikke gått opp i vekt, eventuelt gått ned, eller så har Stian nådd målet og gått opp i vekt. Dersom det viser seg at Stian ikke har gått opp i vekt, og at dette skyldes at han ikke har fulgt behandlingen, må det settes i gang andre tiltak for behandling. I studien *Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective* av Zugai, Stein-Parbury og Roche (2013), blir det negative konsekvenser i form av næringsdrikker eller sonde presentert. Som vernepleier i en slik situasjon, vil det være viktig å ta ansvar for at Stian får tilstrekkelig behandling. Her vil det være aktuelt å ta et valg om at Stian skal behandles med sonde. I en slik situasjon vil vernepleieren innta ansvarsrollen, og dette kan føre til at vernepleieren må ta et valg som går utover pasientens ønsker (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Dette kan føre til flere typer konflikter, blant annet en rollekonflikt mellom de ulike kjerne-rollene til vernepleieren. Studien *Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives* av Zugai, Stein-Parbury og Roche (2019) tar for seg en slik rollekonflikt. Her kommer det frem at enkelte behandlere opplever en form for rollekonflikt når de må fremstå som streng overfor pasientene. Dette står i strid med ønsket om å bli godt likt (ibid.). Det kan tenkes at vernepleieren opplever en slik konflikt ved å ta en avgjørelse om sondeernæring. Ansvarsrollen krever at vernepleieren skal være streng og ta en slik avgjørelse, mens partnerrollen fremmer relasjon og det å spille den andre god (Brask, Østby og Ødegård 2016). I samme studie av Zugai, Stein-Parbury og Roche (2019) forklarer behandlere at de blir møtt fiendtlig ved å opptre som streng. Det kan tenkes at Stian vil opptre på samme måte mot vernepleieren etter en slik avgjørelse, og dette kan igjen skade relasjonen mellom dem. Likevel peker Zugai, Stein-Parbury og Roche (2013) på at pasientene som opplevde reglene som strenge og krevende, likevel var takknemlig i etterkant for at de hadde blitt behandlet på denne måte. Når Stian etter hvert blir friskere fra anoreksien og ser tilbake på behandlingen, kan det også tenkes at han er takknemlig for avgjørelsen som ble tatt.

Når Stian har kommet så langt i behandlingsprosessen at det blir aktuelt å flytte ut av ungdomspsykiatrisk avdeling, vil han videre få oppfølging av poliklinikk ved hjelp av foreldrene. Herunder vil familiebasert terapi være en aktuell behandlingsmetode dersom foreldrene er en ressurs i behandlingen. Som vernepleier i denne situasjonen vil det være aktuelt å få til en ansvarsgruppe for Stian, dersom det allerede ikke har blitt gjort. Her vil det være aktuelt å ha med Stian, foreldrene hans, fastlege, behandler i poliklinikk, og eventuelt skolen. Her vil vernepleieren igjen innta brobyggerrollen ved å fremme et eventuelt tverrprofesjonelt samarbeid for å hjelpe Stian videre i behandlingen, selv utenfor avdelingen.

## **6.0 Oppsummering**

Etter å ha drøftet problemstillingen, har jeg kommet frem til at vernepleieren kan bidra i behandlingsprosessen til ungdom med diagnosen anoreksi på flere måter. Vernepleierens relasjonskompetanse bidrar til godt samarbeid og en god relasjon til pasienten. Ved å bruke vernepleierens arbeidsmodell i behandlingsprosessen, vil vernepleieren kunne utføre systematisk miljøarbeid ved bruk av kartlegging, analyse, målvalg, tiltak og evaluering. Dette fører til tett oppfølging og godt samarbeid med pasienten gjennom hele behandlingsprosessen. Ved å fremme pasientens meninger og ønsker, vil det kunne føre til en tilpasset og individualisert behandlingsprosess. I tillegg vil vernepleierens kjerne roller bidra i behandlingen. Som vernepleier vil en kunne opptre både som en støttespiller på individnivå, som en ansvarlig vernepleier som tar selvstendige valg i vanskelige dilemmaer, og i tillegg være en brobygger som fremmer og deltar i tverrprofesjonelt samarbeid.

## 7.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. 2011. *Og eg ser på deg-: vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerne roller. En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, Olav. 2017. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, Olav. 2000. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Direktoratet for e-helse. 2021. «ICD-10. Den internasjonale statiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer». Hentet fra:  
<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/1/0/-1>

Fellesorganisasjonen. 2017 «Om vernepleieryrket». Hentet fra:  
<https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf>

Fellesorganisasjonen. «Vernepleiere i psykisk helse». Lest 03.05.2021. Hentet fra:  
<https://www.fo.no/getfile.php/1311786-1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykiisk%20helse%20PDF.pdf>

Folkehelseinstituttet. 2009. «Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse». Oppdatert 25.01.2016. Hentet fra:  
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning*. Fastsatt av Kunnskapsdepartementet 15.03.2019. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-411>

Gulliksen, Kjersti S, Ester M. S. Espeset, Ragnfrid H. S. Nordbø, Finn Skårderud, Josie Geller og Arne Holte. 2012. «Preferred therapeutic characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective». *International Journal of Eating Disorders*, 45 (8), 932-941. Hentet fra: <https://doi.org/10.1002/eat.22033>

Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell av 2.juli 1999 nr. 64*. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_6#%C2%A732](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#%C2%A732)

Helsedirektoratet. 2018. «Spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år». Oppdatert 06.11.2020. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge>

Helsedirektoratet. 2017. «Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser». Oppdatert 25.04.2017. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser#referere>

Helsedirektoratet. 2013. «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser». Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Martinsen, Egil W. 2004. «Når slanking blir farlig». *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 15, 1915. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2004/08/leder/nar-slanking-blir-farlig>

- Nettros. «Om spiseforstyrrelser». Lest 03.05.2021. Hentet fra: <https://nettros.no/fakunnskap/om-spiseforstyrrelser/>
- Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis. Grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rosenvinge, Jan H., Ole A. Andreassen og Øyvind Rø. 2020. «Spiseforstyrrelser» i *Lærebok i psykiatri. Basisversjon*, red. Ole A. Andreassen, Ulrik Fredrik Malt, Eva Albertsen Malt og Ingrid Melle, kap. 12. Oslo: Gyldendal.
- Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skårderud, Finn. 2016. «Spiseforstyrrelser» i *Psykiske lidelser*, red. Roger Hagen og Leif Edward Ottesen Kennair, kap. 9. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, Finn. 2004. «Den kommuniserende kroppen – spiseforstyrrelser og kultur». *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 18, 2365-2368. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2004/09/tema-spiseforstyrrelser/den-kommuniserende-kroppen-spiseforstyrrelser-og-kultur>
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykiatri: for helse- og sosialfagutdanningene*. Oslo: Cappelen Damm.
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2008. *Psykiatri. Kunnskap. Forståelse. utfordringer*. Oslo: Akribe.
- Tiggermann, Marika, Maria Gardiner og Amy Slater. 2000. «I would rather be size 10 than have straight A's: A focus group study of adolescents girls' wish to be thinner». *Journal of Adolescence*, 23 (6), 645-659. Hentet fra: <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0350>

Zugai, Joel Sebastian, Jane Stein-Parbury & Michael Roche. 2012. «Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: A consumer perspective». *Journal of Clinical Nursing*. 22 (13-14), 2020- 2029. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/jocn.12182>

Zugai, Joel Sebastian, Jane Stein-Parbury & Michael Roche. 2019. «Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives». *International Journal of Mental Health Nursing*. 28 (4), 940-949. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/inm.12595>

Øverås, Maria Alstad. 2018. *Å bli frisk. Veier ut av spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.