



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Bruk av vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen  
av anorexia nervosa/Use of the social educator's  
working model in treatment of anorexia nervosa**

Benedicte Stangeland

Totalt antall sider inkludert forsiden: 48

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 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: 26.05.21

**Antall ord: 11 567**

## Forord

*Noe i meg er sterkere enn jeg.*

(Astrid Høgevold)

## Sammendrag

Anorexia nervosa er en sammensatt lidelse som blir en stor belastning for den rammede, familien og samfunnet, i form av alvorlig sykdom og skade og i verstefall dødsfall. Til enhver tid vil 50 000 norske kvinner i aldersgruppen 15-44 ha en spiseforstyrrelse. Herav har 2800 kvinner anorexia nervosa. Lidelsen rammer omtrent ti ganger hyppigere hos kvinner enn menn. Mennesker med anorexia nervosa opplever at maten og kroppen blir et språk for å takle vanskelige følelser og tanker.

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan vernepleierens arbeidsmodell kan brukes i behandlingen av anorexia nervosa. Oppgaven er en fordypningsoppgave basert på allerede eksisterende forskning og litteratur. I drøftingen brukes et case for å belyse problemstillingen gjennom konkrete eksempler på betydningen av vernepleie i behandlingen av anorexia nervosa. En tillitsfull relasjon mellom vernepleier og pasient er viktig for at pasienten skal føle seg ivaretatt og trygg. En empatisk relasjon mellom vernepleier og pasient kan styrke pasientens motivasjon under behandling. For å skape dette er kommunikasjon, samarbeid, tillit og kunnskap spesielt viktig. Motivasjon er viktig for å lykkes i behandlingen av anorexia nervosa. På grunn av lidelsens kompleksitet vil, vernepleier kunne møte utfordringer i arbeidet med å motivere pasienten.

For at det skal være nyttig å bruke vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen av anorexia nervosa er det nødvendig at det etableres en god relasjon mellom pasient og vernepleier basert på tillitt og trygghet. Gjennom samtaler ved bruk av vernepleierens arbeidsmodell kan vernepleier bidra til å fremme pasientens motivasjon under behandlingen. For å skape en god relasjon til pasienten og styrke pasientens motivasjon i behandlingen er det nødvendig å møte pasienten som et unikt individ. Ved å ta i bruk vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen kan vernepleieren sette pasienten og pasientens opplevelse i fokus for å oppdage, bekrefte og respektere det unike ved hvert menneske. Vernepleier kan fremme pasientens motivasjon og håp i behandlingen ved bruk av vernepleierens arbeidsmodell, ved å samarbeide tett med pasienten gjennom hele prosessen og arbeide mot en utvikling for å oppnå pasientens ønsker, mål og endring. Ved å bruke vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen av anorexia nervosa, og med kunnskaper og tverrprofesjonelt samarbeid som verktøy, vil det være gode forutsetninger for å møte pasientens sammensatte behov, iverksette tiltak, å utøve god behandling.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2	Oppgavens formål .....	2
1.3	Relevans for vernepleieyrket .....	2
<b>2.0</b>	<b>Tema og problemstilling .....</b>	<b>3</b>
2.1	Avgrensning .....	3
2.2	Begrepsavklaring .....	3
2.2.1	Vernepleierens arbeidsmodell .....	3
2.2.2	Anorexia nervosa .....	4
2.2.3	Behandler og helsepersonell .....	4
2.2.4	Hun .....	4
2.3	Teoretisk referanseramme .....	4
2.4	Forforståelse .....	5
2.4.1	Egne erfaringer .....	5
2.4.2	Teori og kunnskap .....	6
<b>3.0</b>	<b>Metode .....</b>	<b>7</b>
3.1	Litteraturstudie .....	7
3.1.1	Litteratursøk .....	7
3.1.2	Inklusjonskriterier, utvalgelse .....	8
<b>4.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>9</b>
4.1	Anorexia nervosa .....	9
4.1.1	Forekomst .....	9
4.1.2	Årsaker .....	10
4.1.3	Symptomer .....	10
4.1.4	Behandling .....	11
4.2	Relasjon .....	12
4.3	Kommunikasjon .....	13
4.4	Motivasjon .....	14
4.5	Vernepleierens arbeidsmodell .....	15
4.5.1	Kartlegging .....	16
4.5.2	Målvalg .....	17
4.5.3	Tiltaksarbeid .....	17
4.5.4	Evaluerings .....	17



<b>5.0</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>18</b>
5.1	Presentasjon av case .....	19
5.2	Det første møtet .....	19
5.3	Kartlegging .....	21
5.4	Analyse .....	24
5.5	Målvalg .....	27
5.5.1	Overordnet mål .....	28
5.5.2	Hovedmål .....	28
5.5.3	Delmål .....	28
5.6	Tiltaksarbeid .....	29
5.7	Evaluering .....	30
5.8	Utfordringer med arbeidsmodellen .....	32
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>33</b>
<b>7.0</b>	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>35</b>

## 1.0 Innledning

Denne bacheloroppgaven handler om hvordan vernepleierens arbeidsmodell kan brukes i behandlingen av anorexia nervosa.

«Når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten, har man en spiseforstyrrelse» (Skårderud 2013, 10). Det er tre hoveddiagnoser av spiseforstyrrelser, anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspising (Snoek og Engedal 2017). Anorexia nervosa er en psykisk lidelse som har fysiske symptomer, fordi menneskene som har en spiseforstyrrelse har ikke bare et vanskelig forhold til mat, men også til tankene og følelsene sine (Håkonsen 2014).

I dag er det et stort fokus på utseende, kropp og mat. Stadig øker tallene for å utvikle anorexia nervosa (Skårderud, Sommerfeldt og Robinson 2020). Tall fra Norsk helseinformatikk (2020) viser at 0,2-0,4 % av den norske befolkningen lider av anorexia nervosa. Anorexia nervosa er, etter kreft og ulykker, den psykiatriske sykdommen med størst dødelighet (Skårderud, Sommerfeldt og Robinson 2020).

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Å leve med anorexia nervosa har store fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser. Pasienter med anorexia nervosa blir ofte sett på som vanskelige å samarbeide med og behandle. Dette er både på grunn av pasientens ambivalens og sykdommens kompleksitet. Mennesker med anorexia nervosa føler kanskje at de rundt ikke forstår deres følelser rundt sykdommen. Konsekvensen av dette kan være de vil avise hjelp fra andre (Skårderud 2013). Ifølge Helsedirektoratet (2017) er prognosen bedre desto fortere de kommer i behandling. Rø, Hage og Torsteinsson (2020) hevder at mange pasienter med anorexia nervosa kjenner på en desperasjon om å bli friske samtidig som de frykter det. Frykten kan handle om å gi slipp på noe som de opplever som trygt og som for dem fungerer som en mestringsstrategi ovenfor vanskelig håndterbare følelser. Følelsen av skam, skyld, dårlig samvittighet og lavt selvbilde er også vanlig (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). På grunn av vernepleierens sammensatte og tverrfaglige kompetanse kan vernepleiere spille en rolle i behandlingen av anorexia nervosa.

## **1.2 Oppgavens formål**

Gjennom denne oppgaven ønskes det økt kunnskap om hvordan man som vernepleier kan samarbeide med og hjelpe mennesker med anorexia nervosa i behandlingen. Ifølge Gulliksen m.fl. (2012) er pasienter med anorexia nervosa ofte ambivalente til behandling og kontakt med helsepersonell og flere dropper ut av behandling. Derfor er det viktig å finne ut hva pasienter med anorexia nervosa selv synes er hjelpsomt i behandling, og hvordan pasientene foretrekker at helsepersonell opptrer, for å bygge en god relasjon til pasientene som kan motivere dem i behandlingen (Gulliksen m.fl. 2012).

Vernepleiere skal ha kompetanse i observasjon, registrering, og kartlegging, operere i nært samarbeid med pasienten, og arbeide for en utvikling etter pasientens ønsker, men på en målrettet måte (Brask, Østby og Ødegård 2016) For pasienter med anorexia nervosa finnes det utallige behandlingsmåter, men i denne oppgaven fokuseres det på vernepleierens arbeidsmodell som et rammeverktøy og bidrag i behandlingen.

## **1.3 Relevans for vernepleieryrket**

Som vernepleiere vil vi arbeide innenfor flere områder hvor vi kan møte mennesker med anorexia nervosa, både innen psykiatrien, skole og barnevern. Det er viktig med kunnskap om anorexia nervosa og hvilke konsekvenser lidelsen kan få. Ifølge Rø (2020) er helsepersonellens holdninger og måten de formidles på, svært viktig for å skape håp og tillit hos mennesker med anorexia nervosa. Som vernepleier er det viktig å motivere til behandling, formidle håp og skape tillit gjennom god kommunikasjon og en god relasjon til pasienten (Utdannings- og forskningsdepartementet (FO) 2017).

Owren og Linde (2011) påpeker at store deler av det arbeidet vernepleiere utfører, blir klassifisert som miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. Vi gjør dette arbeidet sammen med mennesker med psykiske, sosiale og/eller fysiske funksjonsvansker som har brukt for eller ønsker slike tjenester (Owren og Linde 2011). Pasienter med anorexia nervosa vektlegger viktigheten av å bli møtt som en person og ikke som en diagnose eller en kropp (Høiseth, Alexandersen og Pettersen 2018). Vernepleierens hovedfokus er på hele mennesket, mennesket skal settes i sentrum (FO 2017).

## **2.0 Tema og problemstilling**

*Hvordan kan vernepleierens arbeidsmodell brukes i behandlingen av anorexia nervosa?*

### **2.1 Avgrensning**

Grunnet problemstillingens omfang er det besluttet å avgrense fokus til unge kvinner mellom 18-25 år. Grunnet menns lave prosentandel i sykdomsgrupper er de utelukket fra oppgaven (Skårderud 2013). Kvinner mellom 18 og 25 år utgjør et stort antall av menneskene som har denne lidelsen (Snoek og Engedal 2017). Gjennomsnittsalderen for å utvikle anorexia nervosa er 16-17 år (Skårderud, Sommerfeldt og Robinson 2020), men for å unngå den kompleksiteten som kan oppstå dersom pasienten er umyndig, velges nevnt alder. Pårørende vil ikke være et fokus i oppgaven, da dette blir for omfattende.

Fokuset vil rettes mot pasienter som er innlagt frivillig ved en døgnbemannet enhet for spiseforstyrrelser eller psykiatri, med hovedfokus på det psykiske. Vernepleieren vil ikke være en behandler, men et teammedlem som vil være med pasienten på en institusjon store deler av tiden. Det blir ikke lagt vekt på ernæring eller legemidler, da fokuset rettes nærmere på hvordan vernepleieren kan ivareta og hjelpe pasienter med anorexia nervosa og hvordan vernepleierens arbeidsmodell kan brukes i behandlingen.

### **2.2 Begrepsavklaring**

#### **2.2.1 Vernepleierens arbeidsmodell**

Det finnes flere forklaringer på hva vernepleierens arbeidsmodell er. Alle forklaringene har til felles at modellen er et verktøy i målrettet arbeid. Felles for alle arbeidsmodellene er at vi gjennom kartlegging, analyse, målvalg, tiltak, metodevalg og evaluering vil forsøke å hjelpe personen og omgivelsene. En kan aldri følge kun en systematisk og teknisk vei til målet, selv om verktøyet kan være nyttig som metode. Vi må ta med egne holdninger i tillegg til mulige løsninger og kunnskap, og korrigere og improvisere underveis (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

### **2.2.2 Anorexia nervosa**

Anorexia nervosa har gresk opphav og kommer av ordet an- orexis som betyr appetitt eller matlyst, og det latinske ordet nervosa som betyr nervøs (Hummelvoll 2012). Nervøs spisevegring, blir da den norske betydningen. Anorexia nervosa er en lidelse som kjennetegnes av et bevisst vekttap som pasienten fremkaller og vedlikeholder. Lidelsen forbindes med en spesifikk psykopatologi, der frykt for lubben figur og fedme er påtrengende og overdimensjonert. Pasientene med anorexia nervosa fastsetter en lav idealvekt på seg selv (10. utg.; ICD-10; Verdens helseorganisasjon 2019).

### **2.2.3 Behandler og helsepersonell**

I oppgaven brukes benevnelsene *behandler* og *helsepersonell*. Årsaken til dette er at ulik litteratur bruker forskjellige benevnelser. Vernepleiere er autorisert helsepersonell og går dermed under denne tittelen. Når behandler brukes henviser det til helsepersonellet som arbeider med pasienten i behandlingen, eksempelvis lege, psykolog, psykiater. Vernepleiere kan jobbe innen psykiatrien og kan dermed ha en viktig rolle i behandlingen.

### **2.2.4 Hun**

For å gi teksten flyt, vil vernepleier og pasient tidvis omtales som «hun» gjennom oppgaven der det er naturlig.

## **2.3 Teoretisk referanseramme**

I denne oppgaven tas det utgangspunkt i en holistisk tilnærming. Hovedideen i et holistisk menneskesyn er at fenomener må søkes å forstå ut fra et helhetsperspektiv, og ikke ved søking etter meningsbærende detaljer (Wifstad 2018). Hver del er deler av en større helhet, disse er forbundet med hverandre, og en trenger alle delene for å forstå helheten. Dersom en bare ser på hvordan enkelt delene fungerer blir det vanskelig å forklare et individ (Aadland 2011). Anorexia nervosa er en sykdom som har fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser (Skårderud 2013). Det er viktig å forstå mennesker med anorexia nervosa som en helhet av alle disse delene. Ifølge Aadland (2011) kan vi lettere forstå sykdommens kompleksitet

ved hjelp av en holistisk forståelse ved å anerkjenne og ivareta pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov.

## **2.4 Forforståelse**

Oppgavens tema har vekket min interesse i lang tid. Av den grunn har jeg mange tanker og spørsmål om temaet som jeg har et ønske om å finne svar på. Dalland (2020) skriver at dette kalles en fordom, som er en mening om et fenomen før vi undersøker det. Aadland (2011) påpeker at det er viktig at vi kommer til forskningsområdet så fordomsfritt som mulig. Når du gjør deg bevisst på din forforståelse, vil det bidra til at forforståelsen du har, påvirker problemet minst mulig (Dalland 2020). Forståelsen min er preget av egne erfaringer og teori jeg har lest.

### **2.4.1 Egne erfaringer**

Gjennom jobb på en distriktpsikiatrisk døgnsesjon har jeg møtt mennesker med anorexia nervosa. Gjennom tidligere arbeidserfaringer har jeg erfart verdien av å opprette en god relasjon til pasientene. Helsepersonell kan føle seg maktesløse i møte med disse pasientene, da lidelsen er vanskelig og sammensatt. Mine egenerfaringer med å arbeide med mennesker med anorexia nervosa, behandlingen av denne sykdommen og samarbeidet mitt med helsepersonell, preget min forforståelse tidligere.

Ifølge Dalland (2020) omhandler hermeneutikken at meningsfulle fenomen fortolkes, som menneskelige handlinger, livsytringer og språk. Slike meningsfulle fenomen må fortolkes og dette foregår gjennom den hermeneutiske spiral. Spiralen varer evig med at vi tolker, deretter får vi ny forståelse, som medfører ny tolkning og forståelse, og på den måten fortsetter det å utvide horisonten vår. Av Aadland (2011) blir den hermeneutiske innfallsvinkelen forklart som at vi tolker og forsøker å forstå en tekst. Teksten blir dermed mer enn det som forfatteren la i den, da vi vil møte en tekst med forutinntatte meninger og holdninger (Aadland 2011). Når jeg har arbeidet med oppgaven, har jeg gjennomgått denne prosessen. I starten hadde jeg forforståelsen min, men ved å lese og fortolke har jeg nå kommet frem til en annen forståelse rundt temaet, og slik fortsetter prosessen.

### 2.4.2 Teori og kunnskap

Anorexia nervosa har store konsekvenser, som påvirker livskvaliteten betraktelig. Selv om sykdommen kan virke utfordrende og nesten umulig å komme ut av, så er det håp, da flesteparten blir friske. Å få til et samarbeid med disse menneskene og motivere dem til å bli friske er mulig. Jeg har fått bekreftet dette gjennom å ha hørt og lest om folk med egenerfaringer med sykdommen. Vernepleierens arbeidsmodell har jeg lest, og erfart er en god problemløsningsmodell i målrettet miljøarbeid.

Mine litteratursøk og tolkninger har vært påvirket av denne viten. Litteraturen jeg har brukt omhandler blant annet tema som relasjon, kommunikasjon, motivasjon og mennesker med egenerfaringer. I oppgaven er Finn Skårderud sentral. Han er en kjent professor og psykiater, og en anerkjent forfatter. Jeg hadde lest og hørt en del om Skårderud tidligere da han har vist stort engasjement i forhold til spiseforstyrrelser og miljøarbeid. Årsaken til at Skårderud har en sentral rolle i oppgaven er at han har skrevet flere forskjellige bøker i forhold til problemstillingen. I flere relevante kilder, henvises det til Skårderud. I oppgaven brukes tre bøker om spiseforstyrrelser, og en om miljøterapi som Skårderud er forfatter av. I tillegg er Skårderud forfatter av to av forskningsartiklene som brukes, som begge omhandler anorexia nervosa.

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie

Dette er en fordypningsoppgave som baserer seg på litteraturstudie. Ifølge Dalland (2020) finner vi i litteraturen kunnskap om forskjellige teorier og kunnskap fra undersøkelser. Problemstillingen blir belyst gjennom studie av både primære og sekundære kilder. Disse tar utgangspunkt i forskningslitteratur som allerede eksisterer, i hovedsak bestående av bøker og artikler fra forfattere som er anerkjente. Tankene, forskningen og hypotesene er allerede formuler i disse. Dette har vært hjelpsomt for meg, da det har skapt struktur i oppgaven. I tillegg har jeg fått et utgangspunkt for drøftingen.

#### 3.1.1 Litteratursøk

For å finne valgt litteratur som kunne besvare problemstillingen min har jeg brukt søkeord som finnes i problemstillingen, og jeg har for det meste brukt Oria som er knyttet til høgskolens bibliotek. Gjennom Oria kom jeg til ProQuest og EBSCOhost, som jeg også brukte, da disse databasene omhandlet helse, medisin og psykologi.

Da det ikke var så mange norske forskningsartikler å finne, søkte jeg med både norske og engelske ord. Ved å benytte meg av søkeordet *anorexia nervosa* fikk jeg svært mange treff. Da startet jeg med å kombinere andre ord med AND for få et akseptabelt antall treff. Jeg kombinerte med ord som *treatment, caring, therapeutic relation\** OR *therapeutic alliance\**, *communication, motivation, patient perspective, recovery* og *Skårderud*. Noen ganger kombinerte jeg flere enn to ord da jeg også fikk for mange treff med to ord. På norsk kombinerte jeg søkeordet *anorexia nervosa* med andre ord med bindeordet OG. Jeg kombinerte med *behandling, psykiske helsearbeid, relasjon, kommunikasjon, motivasjon, pasientperspektivet, miljøterapi, miljøarbeid* og *tilfriskning*. Videre kombinerte jeg søkeordet *vernepleie\** med *relasjon, kommunikasjon, motivasjon, miljøterapi, miljøarbeid* og *vernepleierens arbeidsmodell*.



### 3.1.2 Inklusjonskriterier, utvelgelse

#### Inklusjonskriterier:

- Kun nyere forskningsartikler fra 2008-2021
- Kun norskspråklige eller engelskspråklige artikler
- Bøker fra pensumlitteraturen
- Anerkjente forskere
- Mennesker med egne erfaringer med anorexia nervosa skal høres

Litteratursøkene fikk mange treff, men jeg har forsøkt å velge det som er relevant, holdbart og gyldig for problemstillingen min (Dalland 2020). Relevans innebærer å finne ut om kilden belyser problemstillingen. Ved å lese tittelen og forordet fant jeg ut hva handlingen i litteraturen var, og hvem litteraturen var rettet mot. For å karakterisere litteraturens gyldighet og holdbarhet har jeg sett på hvem forfatterne er, hvem som har publisert den og når den har blitt publisert. Det er fokusert på verk av anerkjente forfattere. Litteratur eldre enn 2006 og artikler eldre enn 2008 er ekskludert i søkeprosessen, da jeg har ønsket å finne litteratur og forskning av nyere dato. Disse faktorene bidrar til å gjøre at litteraturen har reliabilitet og validitet (Dalland 2020).

Det har vært utfordrende å kvalitetssikre de engelskspråklige artiklene som er brukt. Selv om ordbøker og oversettelsesprogrammer er brukt, kan jeg ikke utelukke at feiltolkninger av artiklenes innhold forekommer. Da jeg ikke fant et tilfredsstillende antall forskningsartikler om dette temaet utført i Norge tok jeg også med forskning fra andre land. De inkluderte forskningsartiklene er fra Norge, Sverige, Storbritannia og Australia. Dette kan bli ansett som en svakhet for resultatene i litteraturstudiet. Men siden to av studiene er utført i Norge og en i Sverige, og de andre studiene er fra områder sammenlignbare med Norge, mener jeg at resultatene er overførbare til Norge. Resultatene fra de andre vestlige landene samsvarer også med de norske funnene. Det er en fordel at artiklene er godt fordelt mellom de forskjellige landene. Likhet i de ulike artiklenes funn, er med å gi resultatene validitet.

## 4.0 Teori

I de følgende avsnittene blir ulike teorier og modeller som er relevante for problemstillingen presentert, for å ha et videre drøftingsgrunnlag av funnene. Anorexia nervosa vil bli presentert først. Deretter presenteres relasjon, som er viktig for at vernepleier skal kunne hjelpe pasienter med anorexia nervosa. Kommunikasjon blir presentert deretter, da det er en kjerneverdi for å opparbeide en god relasjon til pasientene. Motivasjon blir så belyst, som er nøkkelen til at pasienten skal ha utbytte av behandlingen. Vernepleierens arbeidsmodell vil så bli presentert for å belyse hvordan den kan brukes i behandlingen av anorexia nervosa.

### 4.1 Anorexia nervosa

«Spiseforstyrrelser innebærer lidelser som innebærer ev overopptatthet av mat, vekt og kropp. Personen med disse lidelsene opplever at de ikke har kontroll over tanker og følelser knyttet til mat, og heller ikke kontroll over atferden som er knyttet til mat» (Håkonsen 2014, 321). Anorexia nervosa er en spiseforstyrrelse, der mennesket som rammes har en endret kroppsoppfatning og et tvangspreget forhold til trening og mat i hensikt om å oppnå lavere vekt (Skårderud 2013). «Anorexia nervosa innebærer et tilstrekkelig vekttap som pasienten selv fremkaller og vedlikeholder» (Håkonsen 2014, 325). Mennesker med anorexia nervosa har ikke bare utfordringer med å forholde seg til mat, men også til egne tanker og følelser (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Hummelvoll (2012) hevder at anorexia nervosa ser ut til å være aktivt drivende for krigføring mot egne behov, drømmer, lengsler og egen kropp.

#### 4.1.1 Forekomst

Skårderud, Sommerfeldt og Robinson (2020) skriver at forekomsten av anorexia nervosa øker geografisk, etnisk og sosialt. Det har skjedd en økning i forekomsten av lidelsen i dag i den vestlige kulturen, noe som skyldes at det har det skjedd en reell økning og at det nå er en større interesse og oppmerksomhet for uoppdagete tilfeller. Det er først og fremst kvinner som rammes av anorexia nervosa, rundt 90 % er kvinner (Skårderud, Sommerfeldt og Robinson 2020).

Ifølge Norsk helseinformatikk (2020) er forekomsten av anorexia nervosa hos den norske befolkningen 0,2-0,4 %. Snoek og Engedal (2017) hevder at andre mener mørketallene er store og antyder at forekomsten er et sted mellom 5 og 15 %. Økningen i antall pasienter med anorexia nervosa kan skyldes påvirkning fra sosiokulturelle endringer som mote, mediefokusering og sportslig prestasjonspress (Snoek og Engedal 2017). Håkonsen (2014) hevder at forekomsten av anorexia nervosa har økt jevnlig de siste tiårene, og i dag er den velkjent på alle trinn i hjelpeapparatet.

#### **4.1.2 Årsaker**

Snoek og Engedal (2017) skriver at årsaksforholdene for anorexia nervosa er sammensatte og mange, og gjennom mer dokumentasjon som stadig gjøres vises det et at både biologiske og sosiokulturelle faktorer virker sammen. Det er mange uklarheter når det kommer til årsaken til at noen personer kan slanke seg uten å få problemer, mens andre personer utvikler denne alvorlige lidelsen (Snoek og Engedal 2017).

Ifølge Hummelvoll (2012) legger mangelfull personlighetsutvikling, sammenkoblet med dårlig utviklet problemløsningsevne, grunnlaget for anorexia nervosa. Ifølge Skårderud (2013) disponerer perfeksjonistiske, tvangspregete og rigide personlighetstrekk for anorexia nervosa. Det er flere faktorer som kan utløse lidelsen, blant annet tapsopplevelser, slik som dødsfall og skilsmisser, eller traumer i form av seksuelle overgrep. Det er mange ting som bidrar til å opprettholde og forsterke anorexia nervosa. For store og urealistiske krav til kvinnerollen og stort press til å prestere fra menneskene rundt i omgivelsene, er eksempler på vedlikeholdende faktorer (Hummelvoll 2012).

#### **4.1.3 Symptomer**

Snoek og Engedal (2017) oppgir at for å kunne stille diagnosen anorexia nervosa, kreves et vekttap på over 15 % eller kroppsmasse indeks (KMI) under 17,5. Vekttapet må være selvpåført, og det vektlegges at alvorlig somatisk sykdom som årsaken til vekttapet utelukkes. Pasienter med anorexia nervosa har en forstyrret kroppoppfatning, noe som innebærer en følelse av at de er for tykke og de har en intens frykt for fedme. For pasienter med anorexia nervosa er det viktig å unngå fetende mat. Andre måter for å holde vekta

nede på er overdreven trening, misbruk av legemidler som fører til vekttap eller oppkast (Snoek og Engedal 2017).

Over lengre tid gir anorexia nervosa mange alvorlige kroppslige konsekvenser, som amenoré, betydelig avmagring, lavt blodsukker, lavt stoffskifte, hårfall og dehydrering med tørr hud. Elektrolyttbalansen og hjerterytmen blir forstyrret. Pasientene blir mer utsatte for infeksjoner (Skårderud 2013). Av psykiske konsekvenser er depresjon og angst vanlig (Folkehelseinstituttet 2009). Ifølge folkehelseinstituttet (2009) kan mange ha utfordringer med å delta i skolegang og fritidsaktiviteter, noe som kan føre til at venner mistes. For mange blir overopptattheten av kropp og mat altoppslukende, noe som stjeler personens tid, krefter og relasjoner (Skårderud, Hausgjerd og Stanicke 2018). Følelsesmessig blir de isolert (Røer 2009). Lavt selvbilde og en følelse av manglende kontroll er vanlig (Skårderud 2013). Ifølge Skårderud, Hausgjerd og Stanicke (2018) kan mennesker med anorexia nervosa oppleve nytte av symptomene, eksempelvis at en har mer kontroll, opplever å være ekstraordinær, dempelse av spenning og indre uro og unngivelse av negative følelser.

#### **4.1.4 Behandling**

Snoek og Engedal (2017) påpeker at siden det er så sammensatte årsaksforhold som utløser anorexia nervosa, må behandlingen ta utgangspunktet i både psykiske, somatiske og sosiale forhold. Selv mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser som anorexia nervosa kan ende opp med å bli helt friske. Med bedre kunnskap om lidelsen og tidligere igangsatt behandling er prognosen bedre (Snoek og Engedal 2017). Rø, Hage og Torsteinsson (2020) fremhever at selv om vi har god kunnskap om behandling til pasientgruppa, må alltid behandlingen tilpasses individ og kontekst. Alle mennesker er forskjellige så behandlingen må tilpasses personens ønsker og behov (Ulvestad 2007). Vernepleiere møter mange mennesker med omfattende funksjonshemninger og mange forskjellige behov. Det kreves god kartleggingskompetanse og god kommunikasjonskompetanse for å kunne imøtekomme disse menneskenes behov. Som vernepleier må en kunne fange opp et vidt spekter av tilstander, ressurser og utfordringer (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Skårderud (2013) hevder at behandlingen av anorexia nervosa vanligvis er vanskelig og langvarig, og pasienten veksler ofte mellom fremgang og tilbakefall. Det er selvfølgelig

helt sentralt å bidra til at symptomene fjernes. Men allikevel er det nødvendig å huske på at dette er et delmål. Hovedmålet er å bidra til at personen som har anorexia nervosa tørr å utforske følelsene og reaksjonene sine, at hun bli bedre kjent med seg selv, samt at det finnes gode navn på forholdene til andre mennesker og på det indre liv (Skårderud 2013). Rø, Hage og Torsteinsson (2020) forklarer at det er viktig å innta en helhetlig tilnærming i behandlingen, noe som innebærer fokus på symptomer, men også på fungering i dagliglivet, det friske, ressurser og mestring. Det er viktig at helsepersonell ser mennesket bak sykdommen. Bak enhver person vil det alltid finnes et rikt følelsesliv, skjulte interesser og mange ressurser som må utforskes i felleskap (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Nordlund, Thronsen og Linde (2015) påpeker at dyktige vernepleiere møter hele mennesket. Som vernepleier er det viktig å se personen som et menneske med ressurser og muligheter, som skal komme fram og blir brukt (Brask, Østby og Ødegård 2016).

## 4.2 Relasjon

«I helsefaglig sjargong brukes gjerne begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker» (Eide og Eide 2017, 17). Røer (2009) hevder at i arbeid med anorexia nervosa vil det å skape en god relasjon være en stor utfordring. Disse pasientene oppsøker sjeldent behandlingsapparatet selv, de har ofte lav og /eller ustabil endringsmotivasjon, og forskning viser at mange pasienter faller ut av behandlingen (Skårderud, Sommerfeldt og Robinson 2020). Det er viktig at vernepleieren skaper en god relasjon til pasienten, gjennom å skape tillit ved å være tilstedeværende, vise forståelse, gi støtte, oppmuntre, samt hjelpe når ting er for vanskelig (Ellingsen 2014). Owren og Linde (2011) hevder at vernepleiere sin jobb er å inngå i en likeverdig relasjon med pasienten, der pasienten blir respektert og anerkjent. En god allianse fra et pasientperspektiv er en sentral del av opplevelsen av et godt behandlingsforløp, og blir beskrevet som å oppleve at en er i likeverdig relasjon mellom helsepersonellet og en selv (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Forskningsstudier viser at dersom en relasjon baseres på allianse og tillit med pasienten, så kan pasienten lettere følge opp et behandlingsopplegg (Vatne 2006).

Vatne (2006) hevder at kjerneområdene ved relasjon er kunnskap, opplevelsen av delt forståelse og mål, altså gjensidighet. Relasjon baseres på å arbeide fram pasientens mål og vurdere hvordan man kan arbeide med disse (Ulvestad m.fl. 2007). Det er viktig at vernepleieren skaper muligheter for medvirkning ved at personen er aktiv og engasjert i

behandlingsprosessen sin, noe som bidrar til å skape mestring og styrke selvbildet (Ellingsen 2014). Ved at pasienten møtes med en ikke-fordømmende og åpen holdning, vil pasienten finne fram til nye og bedre mestringsstrategier selv (Ingeberg, Tallaksen og Eide 2006). Hummelvoll (2012) påpeker at en langvarig relasjon med helsepersonell som i kritiske faser er med å holde håpet oppe, kan ha avgjørende betydning for et godt behandlingsresultat for mennesker med anorexia nervosa.

Manger og Wormnes (2015) skriver at en god relasjon må tilfredsstillende de tre grunnleggende behovene, autonomi, tilhørighet og kompetanse. Mennesker med anorexia nervosa har et behov om å bli møtt med empati og velvilje (Ingeberg, Tallaksen og Eide 2006). Det er viktig at vernepleieren fremstår som en trygg og stabil person (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). I et trygt behandlingsforhold kan pasienten med anorexia nervosa våge seg ut forsiktig, og tørre å utforske følelsene, reaksjonene og forholdene sine til andre mennesker (Skårderud 2013). Tilhørighet til andre mennesker, er et sentralt behov alle mennesker har, ifølge Maslows behovspyramide. For å tilfredsstillende tilhørighetsbehovet er det ifølge Maslows behovspyramide viktig at personens grunnleggende behov for trygghet tilfredsstilles først (Eide og Eide 2017).

### **4.3 Kommunikasjon**

«Kommunikasjon er en type samhandling der to eller flere mennesker sender og mottar budskap, og der begge parter både presenterer seg selv og budskapet sitt, og der de tolker den andre» (Håkonsen 2014, 214). Manger og Wormnes (2015) hevder at en respektfull, positiv og lyttende tilnærming er viktig for å skape god dialog. God kommunikasjon innebærer å skape felles forståelse (Håkonsen 2014). Hummelvoll (2012) påpeker at god kommunikasjon ofte er en forutsetning for god behandling. Det kreves en god lytter for å høre det som faktisk blir sagt, men en enda bedre lytter for å høre det som ikke blir sagt, men som uttrykkes i talen (Eide og Eide 2017). Ellingsen (2014) skriver at en god vernepleier kommuniserer godt og klarer å finne meningen bak ordene som sies eller ikke sies.

God kommunikasjon bidrar til å skape et trygt behandlingsforhold, og kan også bidra til at tryggheten økes i vanskelige samtalesituasjoner. Det er i trygge behandlingsforhold at mennesker med anorexia nervosa forsiktig våges ut og begynner å åpne seg (Skårderud

2013). Røkenes og Hanssen (2012) fremhever at god kommunikasjon handler om å kunne gjøre seg forstått og det å kunne forstå hva den andre vil fram til. Det handler om vernepleiers evne til å bekrefte, til å reagere på og bevare signalene som pasienten sender. Målet er å få til en mest mulig gjensidig og åpen dialog med aktiv lytting (Brask, Østby og Ødegård 2016),

Samtale er den nyttigste behandlingsformen for mennesker med anorexia nervosa (Skårderud 2013). Dersom vernepleierens kommunikasjon bidrar til og formidler verdier som tillitt og trygghet kan det føre til å styrke mestring, læring, selvfølelse og utvikling (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Samtalen og pasientens følelser og tanker må altså bringes framover. Vernepleieren må søke sammen med pasienten å avklare problemene, mulige mål og løsninger, og la de være behandlingskontaktens grunnlag (Brask, Østby og Ødegård 2016). Hummelvoll (2012) skriver at å kunne prate om sine vansker og behov over lengre tid, muliggjør det for pasienten å forstå seg selv bedre og gjøre nødvendige endringer. Ingeberg, Tallaksen og Eide (2006) hevder at idet noe gjøres felles, deles det også med andre og da vil pasienten slippe å bære byrden alene. Vatne (2006) påpeker at en anerkjennende kommunikasjon fører til bedringsprosessen. Ved å anerkjenne pasienten med anorexia nervosa kan vernepleier muliggjøre det for pasienten å anerkjenne seg selv og da forandres (Skårderud 2013). Helgesen (2017) hevder at alle mennesker har behov for anerkjennelse, og ifølge Maslows behovspyramide er det viktig for å styrke vår selvfølelse og selvtillit.

#### **4.4 Motivasjon**

«Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning» (Håkonsen 2014, 89). Det skilles mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon innebærer egenskaper med aktiviteten som appellerer til utfordringer eller nysgjerrighet eller skaper glede (Manger og Wormnes 2015). Owren og Linde (2011) forklarer at det vi gjør blir en premie eller et mål i seg selv. Ytre motivasjon innebærer å utføre handlinger for noen andres del, i tillegg til når det er noe som bidrar at belønninger eller ros mottas, noe som motiverer oss til å fortsette (Manger og Wormnes 2015). Owren og Linde (2011) hevder at indre og ytre motivasjon kan gå inni hverandre da den ytre motivasjonen ofte er påvirkningen til den indre motivasjonen. I behandlingsarbeidet av anorexia nervosa vil grunnmuren være å fremme motivasjon, og for at pasienten skal

kunne nyttiggjøre seg av behandlingen, må motivasjonen til endring være der (Skårderud 2013).

Ifølge Rø, Hage og Torsteinsson (2020) er et nyttig redskap i behandling av anorexia nervosa metoder i behandlingsarbeidet for å fremme motivasjon og kartlegging av endringspotensial. Skårderud, Hausgjerd og Stanicke (2018) hevder at det er viktig at vernepleier ikke bare setter opp mål, da pasienten kanskje ikke er klar for eller ønsker seg dem selv. En viktig oppgave for vernepleieren er å ivareta pasientens brukermedvirkning, ved å la personen få definere mål og ønsker for behandlingen (Snoek og Engedal 2017). Det å oppleve seg sett og hørt gir motivasjon for forandring (Skårderud 2013).

Snoek og Engedal (2017) fremhever at en ting som er viktig i all behandling er at pasientens egen selvinnsett og mestring skal økes. For å endre atferd og vaner er motivasjon helt avgjørende, og når motivasjonen for dette kommer fra pasienten, så er det økt sjans for varig endring (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Ingeberg, Tallaksen og Eide (2006) hevder at vernepleieren har et ansvar med å sette opp realistiske mål, slik at det er sannsynlig at pasienten ikke mislykkes. Det å oppleve at vi når våre egne mål og at vi lykkes, vil være en kraftig motiverende faktor, og medvirkende til å utvikle et positivt selvbilde (Ingeberg, Tallaksen og Eide 2006).

## **4.5 Vernepleierens arbeidsmodell**

Vernepleierens arbeidsmodell er en problemløsningsmodell for planlegging, gjennomføring og evaluering. Modellen beskriver prosessen fra kartlegging gjennom målvalg og tiltaksarbeid og videre til evaluering (Brask, Østby og Ødegård 2016). Modellen kan forstås som en dynamisk prosess, der de ulike fasene er i et gjensidig forhold til hverandre (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Owren og Linde (2011) hevder at det handler om et arbeid hvor en person eller hvor et miljø ønsker endring. Modellen kan anvendes ved behandling og livsmiljø, tilrettelegging av opplæring og opptrening av tidlige ferdigheter (FO 2017). Modellens hensikt er å samarbeide med personen selv, som skal være en deltakende aktør gjennom hele prosessen, og man arbeider målrettet for en utvikling for å oppnå personens ønsker, mål og endring (Brask, Østby og Ødegård 2016).



I tillegg til kunnskapen vi har om mulige løsninger må vi i alle faser også ta med egne holdninger, etiske avveininger, og korrigere og improvisere underveis (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Gjennom etisk og analytisk refleksjon i modellen sikres etterrettelighet og faglig forankring i hjelpen som gis (Brask, Østby og Ødegård 2016). Denne balansen sikrer personens mulighet til å påvirke sin hjelp og tjenester på den ene siden og faglig forsvarlighet på den andre siden (Owren og Linde 2011). Det handler ifølge Brask, Østby og Ødegård (2016) om vernepleierens veksling mellom partnerrollen som innebærer god kommunikasjon og samarbeid og ansvarsrollen som innebærer å vurdere sikkerhetsrisiko og helse på vegne av personen hvis deres vurderingsevne ikke strekker til (Brask, Østby og Ødegård 2016).

#### **4.5.1 Kartlegging**

Owren og Linde (2011) hevder at kartleggingen danner grunnlaget for de saklige argumenter senere i prosessen. Uansett hvordan vi forstår utfordringen som kartlegges, er hensikten å danne et bilde av situasjonen. Det er personens forståelse av situasjonen som skal danne grunnlaget for hvordan arbeidet konkretiseres videre. Informasjonen kan eksempelvis innhentes ved å spørre personen hvordan noe oppleves, hva personen mener, verdier og lignende (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

Analysedelen inngår i kartleggingen. Analyse innebærer å rydde i informasjonen som er innhentet, slik at vi kan fremheve det som har særskilt betydning (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). (Brask, Østby og Ødegård 2016) påpeker at vernepleiere skal utvikle en opplevelsesevne og observasjonsevne som fanger opp det som er unikt ved hvert menneske, og det som er det viktige for, og motiverer hvert enkeltmenneske. Det som analyseres skal drøftes og vurderes opp mot vår faglige kunnskap (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Tverrfaglig samarbeid er viktig, og ved behov burde sentrale personer kontaktes etter kunnskap. Det er viktig å skape gode relasjoner til personen og kommunisere godt (Owren og Linde 2011).

### **4.5.2 Målvalg**

Her skal personens mål konkretiseres og utformes. Målene deles i et målhierarki med et større og ikke så konkret overordnet mål, et mer presist hovedmål, og delmålene som skal definere veien frem mot hoved- og overordnet mål (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Det er viktig at mål som velges styrker personens mestringsfølelse og selvtillit. Utpeking av satsingsområde og prioriteringene som tas skal ha sammenheng med de mål som er viktige for personen selv. Det er personens behov og ønsker som skal være i fokus. Målvalgene bør også baseres på vår kunnskap om utfordringen og hvordan personen rammes (Fagplan 2020). Ifølge Skau (2011) omhandler dette å nyttiggjøre oss vår teoretiske kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlige kompetanse, som til sammen utgjør den samlede profesjonelle kompetansen vår (Skau 2011).

### **4.5.3 Tiltaksarbeid**

Tiltaket bygges på den utførte kartleggingen og vurderinger. Tiltaket innebærer hvilke aktiviteter eller handlinger som trengs for å nå målene som er satt. Her skal metode velges, altså de systematiserte arbeidsmåtene vi velger for å nå oppsatte mål (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Fagplan (2020) hevder at tiltaket skal planlegges og tilrettelegges riktig. Her skal man lage en gjennomføringsplan som skal beskrive hvem som har ansvar for hva og hvordan. Videre skal man spesifisere hvordan man skal støtte personen, hvordan kravene stilles, hvordan gjennomføringene gjøres og hvordan man skal dokumentere erfaringene og lignende (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

### **4.5.4 Evaluering**

Det må vurderes om tiltakene fungerer og at målene nås. Her skal vi vurdere om tiltaket skal fortsette, endres eller opphøres (Fagplan 2020). Brask, Østby og Ødegård (2016) skriver at prosessen skal evalueres kontinuerlig og justeres i samsvar med personens ønsker og behov. Det er viktig med skriftlig dokumentasjon i arbeidet, slik at det kan kvalitetssikres og vurderes av andre (FO 2017).

## 5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil problemstillingen *hvordan kan vernepleierens arbeidsmodell brukes i behandlingen av anorexia nervosa?* bli gjort rede for. Temaene anorexia nervosa, relasjon, kommunikasjon, motivasjon, vernepleierens arbeidsmodell og funn fra forskning vil drøftes opp mot hverandre. Caset om Emma vil bli presentert for å belyse problemstillingen gjennom konkrete eksempler på betydningen av vernepleie i behandlingen av anorexia nervosa

Et kjennetegn ved anorexia nervosa er lav og svingende motivasjon til behandling. Likevel er motivasjon helt nødvendig i behandling (Skårderud 2013). Ved bruk av vernepleierens arbeidsmodell kan vernepleier gjennom samtaler bidra til at pasientens motivasjon fremmes under behandlingen (Brask, Østby og Ødegård 2016). Skårderud (2013) hevder at det gir motivasjon for tilfriskning dersom pasienten opplever å føle seg sett og hørt. For at det skal være nyttig å bruke modellen, er det nødvendig at det etableres en god relasjon mellom vernepleier og pasient, basert på trygghet og tillitt (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

Et kjennetegn ved modellen er at pasienten og pasientens opplevelse er det som skal være i sentrum. Hensikten med modellen er at pasienten skal være deltakende gjennom hele prosessen, og vernepleieren og pasienten skal arbeide målrettet sammen for en utvikling mot å oppnå pasientens ønsker, mål og endring (Brask, Østby og Ødegård 2016). Rø, Hage og Torsteinsson (2020) påpeker at alle mennesker med anorexia nervosa er unike så behandlingen må alltid tilpasses hver pasient. Vernepleieren må sette pasienten i fokus for å oppdage, bekrefte og respektere det unike ved hvert menneske (Brask, Østby og Ødegård 2016). Owren og Linde (2011) skriver at vernepleierens hensikt er å fremme håp og hjelpe et menneske å mestre lidelsen sin. Ved å etablere en likeverdig relasjon mellom pasient og vernepleier, mener de at dette kan oppnås (Owren og Linde 2011). Håp er nødvendig for at pasienten med anorexia nervosa skal få et godt behandlingsresultat (Hummelvoll 2012). Ved bruk av vernepleierens arbeidsmodell kan man styrke håpet, ved at man arbeider aktivt sammen med å finne løsninger som hjelper til å mestre vanskeligheter.

## 5.1 Presentasjon av case

Caset om Emma er anonymisert og inspirert av pasienthistorier og litteratur. Dette er en situasjon en vernepleier kan møte i arbeidslivet. Emma er 18 år og har alltid vært en omsorgsfull jente med mye godt humør. Hun har alltid vært aktiv i håndball, hatt mange gode venner og et nært forhold til foreldrene sine. For et år siden opplevde vennene og foreldrene en betraktelig atferdsendring hos Emma. Emma ble overopptatt av mat, utseende og trening. Hun reduserte matinntaket og økte treningsmengden kraftig, og hun isolerte seg fra vennene sine. Emma havnet lett i konflikt med foreldrene, og hun klarte ikke å delta i skolegangen eller i håndball. Denne atferdsendringen førte over en periode til en kraftig vektnedgang, og Emma utvikler anorexia nervosa.

Etter at Emma fikk anorexia nervosa har hun fått poliklinisk behandling, noe hun har uttrykt som nytteløst. Emmas vekt stagnerer, og hun opplever behandleren som lite forståelsesfull. Hun føler seg som en belastning i møte med behandleren og uttrykker at hun ser negativt på fremtiden. Behandleren opplever Emma som ambivalent til tilfriskning. Samtidig som at hun er lite motivert for bedring, så er hun veldig opptatt av at det må gjøres endringer for at hun skal oppleve å ha det bra. Hun ønsker ikke å møte opp poliklinisk lenger. Etter mye mas fra familien har Emma takket ja til en frivillig innleggelse ved en døgnbemannet enhet for spiseforstyrrelser.

## 5.2 Det første møtet

Hummelvoll (2012) hevder at vernepleieren kan forberede seg til det første møtet, ved at hun setter seg inn i tidligere opplysninger før møtet med pasienten. Etersom Emma har gått til poliklinisk behandling tidligere, vil det foreligge opplysninger i Emmas journal. Selv om det kan være nyttig for vernepleieren å lese dette i forkant, slik at hun får et bilde av Emma (Hummelvoll 2012), vil det være hensiktsmessig å bruke vernepleierens arbeidsmodell for å bli kjent med Emma og etablere en god relasjon til henne (Skårderud, Sommerfeldt og Robinson 2020). Fogarty og Ramjan (2016) har utført en kvalitativ studie, der spørreskjemaer ble brukt, bestående av 30 spørsmål. 161 jenter over 18 år fra Storbritannia og Australia fulførte undersøkelsen. Den handlet om hvordan pasienter med anorexia nervosa erfarer det å være innlagt til behandling, og undersøkte hva pasientene selv uttrykker som viktige faktorer under behandlingen. Spørsmålene skulle også få fram

den betydningen pasientene har av den terapeutiske relasjonen (Fogarty og Ramjan 2016). Basert på resultatene er en god relasjon mellom vernepleier og pasient avgjørende for å hjelpe og motivere pasienter med anorexia nervosa i behandlingen. Rø, Hage og Torsteinsson (2020) bekrefter at det er nødvendig at vernepleier fokuserer på å skape en god relasjon til pasienten.

All kontakt mellom vernepleier og Emma vil bidra til å etablere relasjonen (Håkonsen 2014). Det er en gjensidig prosess, men vernepleier har hovedansvaret (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Emma har tidligere opplevd behandleren sin som lite forståelsesfull, ifølge Skårderud (2013) er det viktig at vernepleier er åpen, forståelsesfull og inviterer til samtale. Vernepleier må møte Emma med en holdning som vil danne grunnlag for trygghet og tillitt. Dette kan bidra til at Emma føler seg ivaretatt og får et godt førsteinntrykk (Hummelvoll 2012). Førsteinntrykket spiller en sentral rolle. Det er her pasienten danner seg et inntrykk av om vernepleieren er en hun stoler på, eller en hun kan stole på i fremtiden (Skårderud 2013). Brask, Østby og Ødegård (2016) hevder at vernepleierens rolle i det første møtet er å se mennesket bak sykdommen. Dette kan ifølge Hummelvoll (2012) bidra til at pasienten føler seg sett og respektert. Emma fornekter at hun har et problem og er ambivalent til tilfriskning, noe som kan gjøre det vanskelig for vernepleier å etablere en god relasjon til Emma (Hummelvoll 2012).

Emma har tidligere følt seg som en belastning i møte med behandleren. Gulliksen, Espeset, Nordbø, Skårderud, Geller og Holte (2012) utførte kvalitativ forskning, i Oslo i Norge. 38 kvinner med anorexia nervosa deltok i studiet med en alder mellom 18-51 år. Studiet trekker frem fire viktige hovedkomponenter som foretrekkes hos behandleren for å skape en god terapeutisk allianse: aksept, vitalitet, utfordring og ekspertise. I studiet blir det beskrevet hvordan behandleren kan vise disse egenskapene for å bygge en god allianse til pasientene med anorexia nervosa (Gulliksen m.fl. 2012). Funnene i studien av Gulliksen m.fl. (2012) indikerer at pasientene synes det er betydningsfullt at vernepleieren gjennom holdningen sin viser at hun bryr seg. Karlsson og Nevonen (2012) utførte kvalitativ forskning i Göteborg i Sverige. 15 kvinner mellom 18-25 år, deltok mens de var på en venteliste til en spesialisert spiseforstyrrelsesenhet. Hensikten med studiet var å finne ut hva pasienter med anorexia nervosa forventet av behandlingen de var på venteliste til å få (Karlsson og Nevonen 2012). Basert på studiets funn bør vernepleier vise interesse og forståelse ovenfor Emma, slik at Emma forstår at vernepleier har en god hensikt. Dette kan

ha stor betydning for Emmas motivasjon til behandlingen videre (Karlsson og Nevonen 2012).

### 5.3 Kartlegging

I kartleggingsfasen kan endringspotensialet til Emma kartlegges, hva hun opplever som vanskeligst og hva hun selv ønsker å endre (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Dette vil være en fin mulighet for vernepleier og Emma å bli kjent og til å definere et problemområde hos Emma som de kan jobbe videre med (Owren og Linde 2011). Emmas målsetting for behandlingen kan komme frem i denne første kartleggingsdelen (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Karlsson og Nevonen (2012) skriver at før behandlingens oppstart var det viktig å diskutere forventningene til behandlingen og behandlingsmål for å styrke relasjonen mellom pasient og behandler. Øverås (2018) har intervjuet syv personer der de forteller om hvordan de på forskjellig vis har funnet sin vei ut av spiseforstyrrelsen og tilbake til et friskt liv. Det er seks kvinner og en mann i alderen mellom 19-55 som blir intervjuet. Personene har ulike typer spiseforstyrrelser og ulik alvorlighetsgrad. Boken gir nye perspektiver samt bedre forståelse av tilfriskningsprosessen og hvordan denne kan hjelpes fram. Ifølge Øverås (2018) er et felles mål en sentral del av tilfriskningsprosessen. Målet må handle om å bevege seg mot et friskere liv (Øverås 2018). Skårderud, Sommerfeldt og Robinson (2020) hevder at det er mange veier til målet. Det er dette målet vernepleier og Emma må jobbe med i behandlingen (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Ifølge Skårderud (2013) vil det være effektivt å bruke samtale som metode i kartleggingsfasen. Høiseth, Alexandersen og Pettersen (2018) utførte en Bruker Spør Bruker undersøkelse, som er en kvalitativ metode som har brukt fokusgrupper og individuelle intervjuer. De som utfører undersøkelsen, har en egenerfaring med spiseforstyrrelse. Undersøkelsen skulle kartlegge hva personer som selv har hatt en spiseforstyrrelse opplevde som viktig for sin tilfriskningsprosess, og hvordan helsepersonell kan bidra til å fremme tilfriskningsprosessen. 18 kvinner og 3 menn deltok i studien i en alder mellom 18-68 år. Om lag 2/3 av deltakerne hadde erfaringer med anorexia nervosa, mens 1/3 av deltakerne hadde erfaring med bulimia nervosa (Høiseth, Alexandersen og Pettersen 2018). Deltakerne framhevet betydningen av å bli inkludert og ha medvirkning i egen behandling, ved at de ble spurt direkte om hva de selv hadde behov for og ønsket seg. Dette førte til tillit (Høiseth, Alexandersen og Pettersen 2018). Emma

har gått til poliklinisk behandling tidligere og har kanskje noen tanker og ideer om hva hun har behov for og ønsker seg for behandlingen, hva som hjelper og hva som ikke hjelper.

Bruk av samtale krever at vernepleier innehar ferdigheter innenfor utforskende kommunikasjon. Vernepleier bør stille åpne spørsmål begynnende med «hvordan» og «hvorfor» (Eide og Eide 2017). Dette kan bidra til at det settes i gang en refleksjon hos Emma, da spørsmålene inviterer til utdypende svar (Skårderud 2013). Nordbø, Gulliksen, Espeset, Skårderud, Geller og Holte (2008) skrev en kvalitativ forskningsartikkel basert på sitt eget studie, gjort i Oslo i Norge. 18 kvinner med anorexia nervosa deltok i studiet i alderen mellom 18-39 år. Den handler om pasienters egne motivasjonsmotiver til å endre sykdomsforløpet sitt mot tilfriskning. I studiet blir det beskrevet hvilke motiverende tilnærminger som blir gjort for å skape motivasjon hos pasientene, kvalitativt og kvantitativt (Nordbø m.fl. 2008). Forskningen viser at refleksjon ved å bruke samtale skapte åpen dialog mellom behandler og pasient. Pasientene i studien uttrykket at metoden var betydningsfull da de på denne måten fikk større bevissthet om spiseforstyrrelsens påvirkning på livsutfoldelsen deres (Nordbø m.fl. 2008). Ved at vernepleieren tar bruk av samtalemetoden kan det gi Emma et annet syn på spiseforstyrrelsen (Folkehelseinstituttet 2009). Dette kan videre bidra til at Emma blir mer motivert til å bekjempe sykdommen (Karlsson og Nevonen 2012).

Vernepleierens kommunikasjon i samtalen skal være profesjonell, og den skal være støttende og hjelpende for pasienten. Det beste utgangspunktet kan være dersom vernepleieren gir god respons på det Emma formidler, blant annet gjennom bekræftende nikk (Eide og Eide 2017). Dette kan ifølge Gulliksen m.fl. (2012) stimulere Emma til å formulere seg mer om tankene og følelsene hennes. Vernepleier bør vise forståelse ovenfor Emmas refleksjoner, da vil Emma kunne føle seg unik og respektert (Høiseth, Alexandersen og Pettersen 2018). Vernepleieren viser interesse ovenfor det Emma formidler ved å vise oppmerksomhet, lytte aktivt og bekrefte det Emma formidler både verbalt og non-verbalt (Karlsson og Nevonen 2012). Fogarty og Ramjan (2016) skriver at dersom pasientene hadde innspill til behandlingen, opplevde de mer kontroll i eget liv og følte seg bemyndiget av endringene de gjorde. Det er viktig vernepleier prøver sette seg inn i pasientens perspektiv på en respektfullt og ikke-dømmende måte og inkluderer pasientens perspektiv i behandlingen (Gulliksen m.fl. 2012). Funnene av Fogarty og Ramjan (2016) og Nordbø m.fl. (2008) indikerer at dette kan bidra til at relasjonen mellom

vernepleier og Emma styrkes, og tilfriskningen følte da tryggere og oppnåelig ut. Vernepleieren tilrettelegger da for mest mulig selvbestemmelse, opplevd mestring og god livskvalitet hos pasienten (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Funnene i studien av Karlsson og Nevonen (2012) belyser viktigheten av at vernepleieren er tilgjengelig og står ved pasientens side, helt til pasienten selv er motivert og klar for å overkomme sin frykt til behandling. Grunnet Emmas ambivalens vil det dermed være viktig at vernepleieren allierer seg med Emmas friske del for å overvinne den syke delen, og viser interesse og tålmodighet, framfor å ta avstand (Gulliksen m.fl. 2012). Det er nødvendig at vernepleier kan innta partnerrollen og møte Emma på ståstedet sitt, og ta det i hennes tempo. Vernepleierens væremåte kan da bidra til å skape trygghet og håp (Brask, Østby og Ødegård 2016). Ifølge funnene i Fogarty og Ramjan (2016) sin studie kan håp motivere pasienten til å takle utfordringer. Ulvestad m.fl. (2007) er enig, og skriver at håp kan føre til opplevd mestring av vanskelige situasjoner for pasienten. Emma har uttrykt at den polikliniske behandlingen hun fikk var nytteløs, og hun uttrykte at hun så negativt på fremtiden. Det vil være viktig at vernepleieren fremmer håp, og formidler til Emma at behandlingen nytter (Skårderud 2013).

Informasjonen som vernepleier innhenter gjennom samtaler med Emma, må vurderes med tanke på feilkilder (Owren og Linde 2011). Dersom man gjør seg bevisst på feilkildene, kan man legge til rette for å redusere dem (Dalland 2020). Ifølge Skårderud (2013) kan Emmas ambivalens bli en feilkilde, ved at hun unnlater informasjon og gir feilinformasjon noen ganger. For å redusere Emmas ambivalens som feilkilde, vil det ifølge Hummelvoll (2012) være viktig at vernepleieren lykkes i å etablere en god relasjon til Emma preget av tillit, trygghet og samarbeid. Da vil vernepleier kunne redusere Emmas ambivalens og heller fremme hennes håp og motivasjon til behandlingen og tilfriskning (Fogarty og Ramjan 2016). Da vil det være enklere for Emma og være åpen og ærlig med vernepleieren (Skårderud 2013).

Gjennom samtalen med Emma kommer det frem at Emma slet med lavt selvbilde før hun utviklet anorexia nervosa. Det å oppleve å ha kontroll og mestring over mat og trening var for henne å oppleve kontroll og mestring over noe. Dette ga henne en følelse av å være ekstraordinær, og det var en unnvikelse av negative følelser hun hadde, og grunnet dette har lidelsen blitt et enda større problem desto lengre hun har hatt den. Dette vil være viktig



for vernepleieren å vite for Emmas behandling videre. Hun har alltid vært en omsorgsfull, aktiv og sosial jente med mye godt humør. Emma gir uttrykk for at hun liker at personalet viser interesse for henne og det hun gjør, og gir henne anerkjennelse på ting hun mestrer. Gjennom samhandling og samtaler med Emma kommer det frem at Emmas interesser er håndball, musikk, trening og tegning. Når Emma er på døgnsesjonen, liker hun å finne på aktiviteter med de andre pasientene og personalet.

## 5.4 Analyse

Etter kartleggingen finner vernepleier ut at Emmas lave selvbilde er et problem som det vil være hensiktsmessig å ta tak i. Årsaken er at Emma har utfordringer knyttet til dette området og selv uttrykker at det er viktig for henne. Pasientene i studien av Fogarty og Ramjan (2016), Gulliksen m.fl. (2012), Karlsson og Nevonen (2012), og Nordbø m.fl. (2008) uttrykker at tilfriskningen deres ble hjulpet fram av å forbedre selvbildet deres. Ifølge studien av Fogarty og Ramjan (2016) er det da viktig at vernepleieren respekterer Emma som en person og ikke en sykdom. Dersom vernepleieren viser interesse for hennes personlige egenskaper og interesser og anerkjenner henne, vil det kunne bidra til å styrke hennes selvbilde (Gulliksen m.fl. 2012).

Sammen med Emma kan vernepleieren se hva som er fordelene og ulempene ved å gi slipp på spiseforstyrrelsen for hennes del (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Vernepleieren kan bidra med fordelene og ulempene som er vanlige, men det er Emma selv som må fortelle hva hun mener motiverer henne (Skårderud 2013). Da vil det være viktig at vernepleieren ser på Emma som et unikt individ med mange ressurser og interesser som må komme fram og brukes (Brask, Østby og Ødegård 2016). I studien av Fogarty og Ramjan (2016) muliggjorde denne tilnærmingen at enkeltpersonene kunne fokusere på hva spiseforstyrrelsen representerer, utforske personlighetstrekk, interesser og livet, og håndtere det som ligger til grunn for sykdommen. Dette arbeidet kan altså være med på å fremme Emmas håp om at det er et liv utenom lidelsen (Høiseth, Alexandersen og Pettersen 2018).

Ifølge Gundersen og Moynahan (2006) er god kontakt med andre mennesker viktig for vår livskvalitet. Emma har alltid vært sosial, men hun isolerte seg fra vennene sine når hun fikk anorexia nervosa. Skårderud (2013) skriver at isolasjon og ensomhet er vanlig for

mennesker med anorexia nervosa. Å gjenvinne et sosialt liv kan være en av Emmas fordeler med å gi slipp på spiseforstyrrelsen. Emma er sosial og omsorgsfull, og det er et fint utgangspunkt til å arbeide videre med å opprette og opprettholde gode relasjoner til andre mennesker (Helgesen 2017). Ifølge forskning utført av Nordbø m.fl. (2008) var det viktig for pasienter med anorexia nervosa å kjenne glede av en aktivitet. Emma liker å utføre aktiviteter med andre, og det kan bidra til å skape sterke bånd med andre (Helgesen 2017). Vernepleieren vet om flere aktiviteter Emma liker og kan foreslå disse. Det er bare Emma selv som kan si hva som er meningsfullt for henne og det at hun får friheten til å velge mellom forskjellige aktiviteter som hun kan utføre med de hun ønsker, kan bidra til å styrke hennes selvbilde og gi økt selvbestemmelse (Owren og Linde 2011).

Pasienter med anorexia nervosa har ofte lavt selvbilde og kan vegre seg i å delta i aktiviteter som de tror vil føre til at de mislykkes. De kan også sette for store og urealistiske krav til seg selv og på den måten økes sjansen for å mislykkes (Skårderud 2013). Det er viktig at vernepleieren strukturerer aktivitetene for Emma slik at hun opplever å mestre. Da vil det være trygt og motiverende for henne å delta, noe som kan styrke selvbildet hennes og gi henne bedre livskvalitet (Owren og Linde 2011). Ifølge Høiseth, Alexandersen og Pettersen (2018) var det viktig å oppleve å mestre noe annet enn spiseforstyrrelsen for å bli frisk. Vernepleierens jobb er å forsterke pasientens egne ressurser og mulighet for mestring. Vernepleieren skal ta tak i den friske delen, der det er utallige muligheter. Forutsetning for å finne ut av hvilke ressurser Emma har, avhenger av kjennskap til og samarbeid med henne. Det er viktig å kjenne pasienten, hvordan man styrker og hjelper dem best mulig (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Selv om pasientens stemme må vektlegges i dialogen, skal vernepleieren bidra med fagkunnskapen sin (Ulvestad m.fl. 2007). I analysedelen av modellen skal det av særskilt betydning drøftes og vurderes opp mot fagkunnskap (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Det at den som arbeider med pasienten viser kunnskap og erfaring med anorexia nervosa og behandlingen av lidelsen, uttrykket pasientene i studien av Gulliksen m.fl. (2012) var viktig. Pasientene i studien av Karlsson og Nevonen (2012), Fogarty og Ramjan (2016) og Høiseth, Alexandersen og Pettersen (2018) uttrykket at dette ga tillit og var trygghetsskapende. Skårderud, Sommerfeldt og Robinson (2020) er enig, og skriver at dette er viktig for at vernepleieren skal skape en god relasjon til pasienten. Dette vil være

viktig for at Emma skal kunne føle seg trygg nok til å åpne seg for vernepleieren, og for at hun skal bli motivert til tilfriskning (Skårderud 2013).

Vernepleieren møter ofte mennesker med sammensatte behov, og må dermed kunne innta en brobyggerrolle, som handler om dialog og samhandling med andre profesjoner (Brask, Østby og Ødegård 2016). Som Snoek og Engedal (2017) skriver er anorexia nervosa en kompleks lidelse som må ta utgangspunkt i psykiske, fysiske og sosiale forhold. Aktuelle samarbeidspartnere for vernepleieren i det tverrfaglige samarbeidet er da lege, psykiater, psykolog, sykepleier, klinisk ernæringsfysiolog og fysioterapeut (Skårderud 2013). Ifølge Willumsen og Ødegård (2016) er de ulike profesjonene helt avhengig av å samspille og utfylle hverandre med deres forskjellige og unike kompetanse og ansvarsområde for å dekke pasientens behov best mulig.

Fokuset på symptomer er et delmål og må kombineres med hovedmålet som innebærer fokus på fungering i dagliglivet, det friske, ressurser og mestring (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Skårderud (2013) skriver at vektoppgang er nødvendig og ved alvorlig undervekt må det somatiske følges opp. Det mest naturlige vil være at en lege eller psykiater har hovedansvaret for å følge opp det somatiske og medisineringen hos Emma, og samarbeider med de andre profesjonene om dette. Behandlere i psykiatrien er leger, psykologer og psykiatere og de vil tilby faste samtaler med Emma (Folkman, Sverdrup og Tveit 2017). En klinisk ernæringsfysiolog og en fysioterapeut kan sette opp en passende kostholdsplan og aktivitetsliste til henne.

Både sykepleierne og vernepleierne på institusjonen utfører miljøterapeutisk arbeid, men særlig vernepleierens sosialfaglige tilnærminger og mestrings -og ressursorientering representerer et verdifullt bidrag i behandlingen og danner grunnlag for tverrfaglig samarbeid (Folkman, Sverdrup og Tveit 2017). Owren (2014) hevder at vernepleiere ofte blir et viktig bindeledd i det tverrprofesjonelle samarbeidet med deres kompetanse innenfor observasjoner og kartlegging. Når personalgruppen står fast kan vernepleieren få rollen som veileder både ovenfor Emma og profesjonene i samarbeidet (Owren 2014). Personalet på institusjonen har refleksjonsmøter der de drøfter alles forslag som kan gjøre pasientens helsetilbud bedre, og respons på behandling. Dette gjøres for å utvikle samhandlingskompetanse blant personalet og skape bredere samarbeidsprosess om hennes hjelpetilbud, samt bidra til en felles faglig plattform (Folkman, Sverdrup og Tveit 2017).

Teorien som blir beskrevet, kan brukes i analysedelen av modellen, da den forklarer hvorfor det er viktig å innta en helhetlig tilnærming i behandlingen, og hvordan tilfriskningen kan hjelpes frem. En analyse innebærer at noe sammensatt oppløses i bestanddelene sine for så å undersøkes (Owren og Linde 2011). Nordlund, Thronsen og Linde (2015) skriver at analysen skal ordne og fremstille de innsamlede dataene, slik at eventuelle mønstre tydeliggjøres mer. Analysen vil legge grunnlaget for målene som velges (Brask, Østby og Ødegård 2016).

## 5.5 Målvalg

Owren og Linde (2011) skriver at det viktigste i vernepleierens arbeidsmodell er kartlegging, analyse og målvalg. Dersom dette arbeidet blir gjort grundig, blir det enklere å igangsette et fungerende tiltak (Owren og Linde 2011). Ifølge Nordlund, Thronsen og Linde (2015) er mål beskrivelse av framtidige tilstander som vi håper skal inntreffe. Samarbeidet med pasienten er det aller viktigste i målvalgsprosessen (Brask, Østby og Ødegård 2016). Prioriteringene som blir gjort i målvalgsprosessen skal ta utgangspunkt i Emmas ønsker og behov, Emmas situasjon og faglige avleiringer (Owren og Linde 2011). Målarbeidet må vernepleier og Emma gjøre i tett samarbeid for at målene skal bli meningsfulle (Brask, Østby og Ødegård 2016). Skårderud (2013) er enig og vektlegger den nødvendige betydningen av at Emma for motivasjonens del har sine egne argumenter for å bli frisk, og at disse blir lagt til grunn for behandlingen. Pasientene i studien av Nordbø m.fl. (2008) uttrykket at det var viktig å fokusere på hva akkurat de ble motivert av. Også ifølge Folkehelseinstituttet (2009) er det viktig å jobbe med personens egen motivasjon for å bli frisk. For at Emma skal kunne benytte seg av behandlingen, så må motivasjonen være der (Eide og Eide 2017).

Pasientene i studiene av Nordbø m.fl. (2008) og Karlsson og Nevenon (2012) beskriver at det var viktig at de ble motivert til å velge sine egne mål, da dette ga dem mestringsfølelse, noe som bidro til å styrke selvbilde deres. Dette bidro til at pasientene fikk større bevissthet på hva de selv trengte for å få et godt liv og hva som gjorde dem glad, noe som ga håp (Nordbø m.fl. 2008). Det er viktig at målene som velges styrker Emmas mestringsfølelse og selvbilde, og derfor må vernepleieren bidra med sin fagkunnskap slik at det kan tilrettelegges for at Emma opplever å lykkes (Nordlund, Thronsen og Linde

2015). Mange pasienter med anorexia nervosa setter for høye mål slik at faren for å mislykkes er der, noe som kan bidra til å svekke selvbildet deres (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Ut fra analysen kommer vernepleier og Emma frem til at viktige mål for henne er at hun skal være motivert og at tilfriskning fremmes når hun er i behandling.

### **5.5.1 Overordnet mål**

**Overordnet mål:** Emma opplever tilfriskning.

Grunnen til at det er valgt tilfriskning i målet er fordi anorexia nervosa har et langt sykdomsforløp, med opp og nedturer. Her tolkes tilfriskning som veien fra innleggelsens oppstart mot et friskere og bedre liv (Skårderud 2013). Det er viktig at Emma har folk rundt seg som hun trives med, får anerkjennelse slik at hun føler seg verdsatt, og at det blir tilrettelagt for at hun opplever mestring. Målet er med på å fremme håp om at det er et liv utenom lidelsen, og at det er mulig å bli frisk (Øverås 2018).

### **5.5.2 Hovedmål**

**Hovedmål:** Emmas selvbilde styrkes.

Emma har lavt selvbilde. Ved at det tilrettelegges for at Emma opplever mestring, får anerkjennelse og at det gjøres i samvær med andre vil det bidra til at Emma får et bedre selvbilde (Fogarty og Ramjan 2016).

### **5.5.3 Delmål**

**Delmål:** Emma opplever mestring i aktiviteter.

Pasientene i studien av studien av Høiseth, Alexandersen og Pettersen (2018) utrykte at det var viktig å fokusere på deres ressurser, og at de fikk anerkjennelse for aktivitetene de utførte. De positive erfaringene de fikk av dette, bidro til økt mestringsfølelse (Høiseth, Alexandersen og Pettersen 2018). Ifølge forskning gjort av Nordbø m.fl. (2008) vil det at Emma finner glede av en aktivitet som hun opplever å mestre, bidra til å styrke hennes selvbilde.

## 5.6 Tiltaksarbeid

**Tiltak:** Emma velger mellom ulike aktiviteter som hun får gjennomføre to ganger per uke. Et tiltak skal utformes, som skal hjelpe Emma å nå sine mål (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). For at Emma skal kunne nå sine mål, vil tiltaket som igangsettes være at Emma får velge blant forskjellige aktiviteter som hun kan gjennomføre to ganger per uke, slik at hun opplever mestring og selvbildet styrkes. Det skal settes opp en gjennomføringsplan av tiltaket slik at alle tjenesteutøverne som jobber med Emma skal kunne gjennomføre tiltaket. God struktur kan gi Emma opplevelsen av et forutsigbart og trygt behandlingstilbud (Owren og Linde 2011). Som Skårderud, Sommerfeldt og Robinson (2020) skriver, er mennesker med anorexia nervosa ofte ambivalente til behandling og vanskelige å skape tillitt til. Derfor stilles det store krav til tjenesteutøverne. Tilretteleggelsene som skal gjøres og metodene som skal bli brukt for å gjennomføre tiltaket skal beskrives i tiltaksplanen (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

Pasientene i studiene av Nordbø m.fl. (2008) og Karlsson og Nevonon (2012) uttrykker viktigheten av å ha en indre motivasjon for aktivitetene de gjør. Emma har uttrykt hun ønsker å utføre aktiviteter og har dermed en indre motivasjon for dette (Owren og Linde 2011). Manger og Wormnes (2015) skriver at gode relasjoner bidrar til at vår indre motivasjon styrkes. Vi kan ønske å gjennomføre noe, da vi ønsker å gjøre det i lag med andre, eller at noe er verdifullt da noen vi liker verdsetter det (Owren og Linde 2011). Emma liker å utføre aktiviteter med personalet og medpasienter, noe som kan bidra til å styrke hennes indre motivasjon for aktivitetene hun velger. Ifølge Owren og Linde (2011) er selvbestemmelse den største faktoren til indre motivasjon, at det er meningsfullt for personen selv, at de velger det ut fra egen vilje, da det er basert på egne verdier og ikke ytre forventninger, krav og kontroll. Emma blir forelagt forslag til aktiviteter, og hun kan da velge hvilke hun ønsker mest. Alle aktivitetene må være noe Emma liker å gjøre. Da vil Emma få erfaring med at det hun velger gjennomføres, noe som kan styrke hennes selvbilde (Skårderud 2013).

Brodtkorb og Rugkåsa (2019) påpeker verdien av å ta brukermedvirkningen på alvor. Dette innebærer at Emma skal bli hørt og få være med i planleggingsarbeidet så langt det er mulig. Dette gjøres ved at Emma får medvirke i forhold til aktivitet. Aktiviteten blir da basert på hennes interesser og ønsker, og det kan bidra til at Emma opplever å finne glede

av ulike aktiviteter. Tjenesteyterne må være med å se på hvilke aktiviteter som kan velges og hvor de kan gjennomføres og med hvem. I starten kan de gjøres på institusjon med personalet og/eller medpasienter. Som Rø, Hage og Torsteinsson (2020) poengterer må tiltaket være basert en akseptert kunnskap om den friske treningen, tilrettelegge for fremmet god helse, samt at en må være oppmerksomme på belastningslidelser. For pasientene som er undervektige er vektoppgang en forutsetning for at økning i aktivitet skal være forsvarlig (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Vernepleieren må kunne innta ansvarsrollen og brobyggerrollen å samarbeide med de andre profesjonene for å vurdere sikkerhetsrisiko og helse på vegne av pasienten dersom pasientens vurderingsevne ikke strekker til. Dette vil kunne bidra til at tiltaket som iverksettes er forsvarlig og Emma blir godt ivaretatt og utsatt god behandling (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Metodene som vil bli brukt for at tiltaket skal gjennomføres kan være en av de ulike behandlingsformene som finnes, eksempelvis kognitiv atferdsterapi, psykoterapi, miljøterapi, atferdsterapi, motiverende intervju og mentalisering (Owren og Linde 2011). Miljøterapi velges i den aktive behandlingen, da det blir mest hensiktsmessig for Emma slik at hennes mål med behandlingen oppnås. Som Skårderud, Hausgjerd og Stanicke (2018) skriver er miljøterapiens overordnede mål å hjelpe pasienten til større mestringsevne, bedre selvfølelse og bedre evne til å håndtere mellommenneskelige relasjoner, noe som Emma uttrykker er hennes mål for behandlingen. Snoek og Engedal (2017) skriver at miljøterapi etterstreber å tilrettelegge forholdene for å skape nødvendige endringer og personalmessig utvikling ved hjelp av det materielle og sosiale miljøet. Det kan eksempelvis være å arrangere ulike aktiviteter, slik som Emma ønsket, for å finne noe annet hun kunne mestre enn spiseforstyrrelsen.

## **5.7 Evaluering**

Tiltaket skal evalueres jevnlig slik at det kan gjøres eventuelle forandringer dersom dette skulle være hensiktsmessig for å nå de oppsatte målene. I evalueringen kan det komme frem om tiltaket må avbrytes eller om hele prosessen må gjøres grundigere eller på nytt (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Pasientene i studien av Fogarty og Ramjan (2016) beskriver at det var viktig for tilfriskning at behandlingen passet deres personlige behov, og at disse kunne variere i løpet av behandlingen. Det vil være viktig at Emma deltar i evalueringsprosessen, slik at hun kan fortelle om tiltaket fungerer og om det skal fortsette.

Rø, Hage og Torsteinsson (2020) skriver at pasientene med anorexia nervosa ofte dropper å arbeide med målsettingen, dersom det ikke blir fulgt opp. Ifølge pasientene i studie av Karlsson og Nevonen (2012) var det viktig å evaluere behandlingsmålene. Dette kunne også bidra til å styrke relasjonen mellom vernepleieren og Emma. Jevnlige evalueringer kan i tillegg motvirke uheldige behandlingsløp da en regelmessig drøfter behandlingsprosessen og målsettingen. Ved manglende behandlingsframgang må man huske at veien ut av spiseforstyrrelsen er flere (Skårderud 2013).

For å kunne vurdere om tiltaket har fungert eller vært mot sin hensikt, må det ha blitt samlet data underveis og etter at tiltaket er blitt gjennomført, da dette danner vurderingsgrunnlaget (Owren og Linde 2011). I arbeidet med modellen er det viktig at alt dokumenteres skriftlig, slik at det kan kvalitetssikres og vurderes av andre. Ved å dokumentere er vernepleieren med på å sikre kontinuitet og kvalitet i arbeidet sitt. Vurderingskriteriene for evalueringen utarbeides samtidig med tiltaket, og bør fokusere på en positiv synliggjøring av Emmas ressurser. Kriteriene bestemmes ut ifra tiltakets mål, dataene som eksisterer fra før, tilgjengelige ressurser, valgt metode og eventuelle konsekvenser. Det er viktig å huske at Emma må godkjenne og samtykke, og at etiske vurderinger og valg skal tas gjennom hele prosessen, noe som er til Emmas og personalets beste (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Forskning viser at rundt 30 % av voksne pasienter med anorexia nervosa opplever tilbakefall etter innleggelse (Olmsted m.fl. 2010). Vektoppgang kan forekomme under behandling, men uten «kognitiv endring» vil tilbakefall være sannsynlig (Høiseth, Alexandersen og Pettersen 2018). Dette poengterer viktigheten av at avslutningen ikke knyttes til en bestemt symptomfrekvens eller vekt. Deltakerne i studien av Høiseth, Alexandersen og Pettersen (2018) vektlegger betydningen av å ha et støtteapparat bestående av fagpersoner rundt seg etter utskrivelse for å forebygge tilbakefall. Dermed vil Emma kunne ha behov for oppfølging og behandling etter innleggelse. Rø, Hage og Torsteinsson (2020) hevder at dagbehandling har vist gode resultater og innebærer ofte en rimelig balanse mellom omsorgsbehovet og behovet for opprettholdelse av et normalt liv. Personalet må bruke god tid på evalueringen for å se hvor Emma står i livet etter gjennomført behandling. Vernepleieren burde spørre Emma om negative og positive erfaringer med endringene, hva hun lærte og hva som ble vanskelig. Personalet må



sammen med Emma diskutere hva hun skal gjøre dersom hun har behov for mer hjelp (Rø, Hage og Torsteinsson 2020).

## 5.8 Utfordringer med arbeidsmodellen

I arbeidet med vernepleierens arbeidsmodell kan det oppstå utfordringer. Arbeidsmodellen vektlegger gode og meningsfulle relasjoner mellom pasient og personalet, og selv om forskning viser at dette assosieres med vellykkede utfall for pasienter med anorexia nervosa, kan det by på utfordringer (Skårderud 2013). Pasienter som får en god relasjon med vernepleier, kan frykte å skuffe vernepleier. Pasientene kan ønske å gjøre vernepleier stolt (Gulliksen m.fl. 2012). Dermed kan pasientene fortelle om bedring selv om det ikke er sant. Da vil det være viktig at vernepleier snakker om forholdet til Emma, om hun frykter at vernepleier skal bli lei og gi henne opp og avvise henne om hun ikke bedres. Vernepleier må spørre hvordan dere kan unngå at det skjer (Skårderud 2013). Ifølge Hummelvoll (2012) er ikke hensikten med behandlingen å tvinge Emma til å foreta en endring, men å motivere henne til å ønske det selv.

I alle fasene av arbeidsmodellen kan det oppstå utfordringer selv om vernepleier lykkes med å etablere en god relasjon til Emma. Mennesker med anorexia nervosa er ofte veldig viljesterke, svært skeptiske til helsepersonellens anbefalinger, og de frykter sterkt å miste kontrollen (Karlsson og Nevonen 2012). Det kan være at Emma ikke åpner seg og deler noe med vernepleier, noe som vil gjøre kartleggingen og arbeidet videre svært utfordrende, da kartleggingen trengs for å ha noe å arbeide videre med i de neste fasene. Emmas ambivalens kan gjøre det utfordrende å igangsette tiltak. Noen dager kan Emma oppleve tiltaket som hensiktsmessig, mens andre dager ikke, noe som forstyrrer kontinuiteten i arbeidet.

Det kan være utfordrende å avslutte en god og langvarig relasjon, da det kan bidra til følelser som avvising og hjelpeløshet. Derfor bør avslutningen bestemmes i fellesskap på forhånd og avtales i god tid (Fogarty og Ramjan 2016). Det vil være viktig å bruke mye tid på avslutningsfasen av relasjonen mellom Emma og vernepleier og få frem Emmas ønsker og behov. En god avslutning vil kunne styrke behandlingsresultatet, og preges av at vernepleier oppsummerer og anerkjenner Emmas innsats og formidler tro på fremtiden (Høiseth, Alexandersen og Pettersen 2018).

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven var å få større kunnskap om hvordan vernepleierens arbeidsmodell kan brukes i behandlingen av anorexia nervosa. Pasientens egen motivasjon for å bli frisk er nødvendig for å lykkes i behandlingen av anorexia nervosa (Fogarty og Ramjan 2016). Ved å bruke vernepleierens arbeidsmodell, kan vernepleier fokusere på hva som motiverer akkurat denne pasienten, og hvordan det kan tilrettelegges for at pasienten når sine mål i behandlingen. En empatisk relasjon mellom vernepleier og pasient preget av samarbeid og tillitt vil kunne være motiverende i seg selv (Karlsson og Nevonen 2012). Vernepleierens arbeidsmodell kan brukes til å etablere og opprettholde en relasjon som dette gjennom alle fasene. Vernepleier kan fremme pasientens motivasjon i behandlingen ved å bruke vernepleierens arbeidsmodell, ved å samarbeide tett med pasienten gjennom hele prosessen og arbeide mot et felles mål.

Grunnet lidelsens kompleksitet og pasientens ambivalens, vil det være utfordrende for vernepleier å bygge en god relasjon og styrke pasientens motivasjon under behandlingen. Dermed kan det oppstå utfordringer i alle fasene av vernepleierens arbeidsmodell når den brukes i behandlingen av anorexia nervosa. Ved å møte pasienten som et unikt individ, og ved å vise respekt, forståelse, vennlighet og omsorg, vil det være lettere for vernepleier å lykkes i å etablere en god relasjon til pasienten (Gulliksen m.fl. 2012). Vernepleier kan bruke vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen for å sette pasienten og pasientens opplevelse i fokus for å oppdage, bekrefte og respektere det unike ved hvert menneske. I arbeidet med vernepleierens arbeidsmodell, kan vernepleier styrke pasientens motivasjon, ved å vise interesse for pasienten og fokusere på pasientens ressurser og mestring.

For å utvikle en god relasjon og styrke og motivere pasienten, er riktig og god kommunikasjon særlig viktig (Nordbø m.fl. 2008). Vernepleier kan gjennom god kommunikasjon ved bruk av vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen av anorexia nervosa, arbeide for å tilpasse pasientens personlige ønsker og behov. Ved bruk av vernepleierens arbeidsmodell, kan vernepleier gjennom samtaler bidra til at pasientens motivasjon fremmes under behandlingen, ved at pasienten opplever å føle seg sett og hørt. Vernepleierens arbeidsmodell kan brukes til å styrke pasientens håp, ved at man arbeider aktivt sammen med å finne løsninger som hjelper til å mestre vanskeligheter.

Å ha gode kunnskaper til anorexia nervosa og lidelsens problematikk er med på å skape en relasjon preget av trygghet og tillitt, noe som også er med på å fremme pasientens motivasjon (Høiseth, Alexandersen og Pettersen 2018). For at det skal være nyttig å bruke vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen av anorexia nervosa, er det viktig at vernepleier innehar gode kunnskaper til anorexia nervosa og lidelsens problematikk. Ved å bruke vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen av anorexia nervosa, kan kunnskaper og tverrprofesjonelt samarbeid tas i bruk som verktøy, noe som vil kunne gi gode forutsetninger for å møte pasientens sammensatte behov, iverksette tiltak, å utøve god og helhetlig behandling.

## 7.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. 2011. *Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (red.). 2019. *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal.

Dalland, Olav. 2020. *Metode og oppgaveskriving*. 7. utgave. Oslo: Gyldendal.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ellingsen, Karl Elling (red.). 2014. *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fagplan. 2020. *Bachelor i vernepleie*. Høgskolen i Molde.

Fellesorganisasjonen (FO). 2017. «Vernepleier. Om vernepleieryrket». <https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf>. Sist sett 21.04.21

Fogarty, Sarah og Lucie M. Ramjan. 2016. «Factors impacting treatment and recovery in Anorexia Nervosa: qualitative findings from an online questionnaire». *Journal of Eating Disorders*, 4(18): 1-9. doi.org/10.1186/s40337-016-0107-1.

Folkehelseinstituttet 2009. «Livet med anoreksi. Erfaringer fra mennesker med diagnosen». <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og->

eldre/livet-med-anoreksi.-erfaringer-fra-mennesker-med-diagnosen-.pdf. Sist sett 13.02.21

Folkman, Anne Katrine, Sverdrup, Sidsel og Bodil Tveit. 2017. «Tverrprofesjonalitet eller innordning? En casestudie av vernepleiers forhandlinger og posisjon i distriktpsikiatriske sentre». Fontene Forskning.  
<https://fonteneforskning.no/forskningsartikler/tverrprofesjonalitet-eller-innordning-6.19.507734.e6f8b16d8b>.

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

Gundersen, Knut og Luke Moynahan. 2006. *Nettverk og sosial kompetanse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helgesen, Leif. A. 2017. *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi*. 3. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS.

Helsedirektoratet. 2017. «Om spiseforstyrrelser: Forekomst». <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/forekomst#forekomst>. Sist sett 24.01.21

Hummelvoll, Jan Kåre. 2012. *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Høiseth, Juni Raak, Alexandersen, Annika og Gunn Pettersen. 2018. «Veien ut av en spiseforstyrrelse: Hva var til hjelp? Rapport fra en Bruker Spør Bruker-undersøkelse». Kompetansesenter for Brukererfaring og Tjenesteutvikling (KBT), Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) og Norges Arktiske Universitetet (UiT).  
<https://kbtkompetanse.no/veien-ut-av-en-spiseforstyrrelse/>.

Håkonsen, Kjell Magne. 2014. *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ingeberg, Mette Holme, Tallaksen, Dag Willy og Børge Eide. 2006. *Mentale knagger. En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe.

Karlsson, Gunilla Paulson og Lauri Nevenon. 2012. «Anorexia nervosa: treatment expectations – a qualitative study». *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5(39), 169-177. doi: 10.2147/JMDH.S33658.

Manger, Terje og Bjørn Wormnes. 2015. *Motivasjon og mestring. Utvikling av egne og andres ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nordbø, Ragnfrid H.S., Gulliksen, Kjersti S., Espeset, Ester M. S., Skårderud, Finn, Geller, Josie og Arne Holte. 2008. «Expanding the concept of motivation to change: The content of patients' wish to recover from anorexia nervosa». *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 635-642. doi: 10.1002/eat.20547.

Nordlund, Inger, Thronsen, Anne og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis. Grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk helseinformatikk (NHI). 2020. «Forekomst av anoreksi». <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/anoreksi/anoreksi-forekomst/>. Sist sett 04.05.2021

Olmsted, M. P., McFarlane, T. L., Carter, J. C., Trottier, K., Woodside, D. B. og Dimitropoulos, G. 2010. *Inpatient and day hospital treatment for anorexia nervosa*. I C. M. Grilo og J. E. Mitchell (red), *The treatment of eating disorders – a clinical handbook* (s. 198-211). New York: The Guilford Press.

Owren, Thomas. 2014. «En vernepleier om sine tverrprofesjonelle samarbeidsrelasjoner». Fontene forskning. <https://vernepleier.no/2014/09/vernepleier-tverrprofesjonelle-samarbeidsrelasjoner/>.

- Owren, Thomas og Sølvi Linde (red.). 2011. *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rø, Øyvind, Hage, Trine Wiig og Vigdis Wie Torsteinsson (red.). 2020. *Spiseforstyrrelser. Forståelse og behandling. En håndbok*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røer, Anne. 2009. *Spiseforstyrrelser. Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skau, Greta Marie. 2017. *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Skårderud, Finn. 2013. *Sterk/svak. Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, Finn, Haugsgjerd, Svein og Erik Stänicke. 2018. *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal.
- Skårderud, Finn, Sommerfeldt, Bente og Paul Robinson. 2020. *Sult. Mentaliseringsbaserte tilnærminger til spiseforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal.
- Snoek, Jannicke Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykiatri. For helse- og sosialfagutdanningene*. 4.utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Ulvestad, Asbjørn Kärki, Henriksen, Arne Kristian, Tuseth, Anne-Grethe og Tor Fjeldsdal (red). 2007. *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vatne, Solfrid. 2006. *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Verdens helseorganisasjon. 2019. F.50.0: Anorexia nervosa. *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. 10. utgave. Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613532>.

Wifstad, Åge. 2018. *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Willumsen Elisabeth og Atle Ødegård (red). 2016. *Tverrprofesjonelt samarbeid. Et samfunnsoppdrag*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

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