



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleierens rolle i familiebasert behandling av pasienter med anorexia nervosa.

Nurse's role in familybased treatment of patients with anorexia nervosa.

Lena Rosbach Hjellnes

Marianne Reitan Dahlø

Totalt antall sider inkludert forsiden: 41

Molde, 23.04.2010



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Sykepleierens rolle i familiebasert behandling av pasienter med anorexia nervosa

Tittel på engelsk: Nurse's role in familybased treatment of patients with anorexia nervosa

Forfatter(e): Lena Rosbach Hjellnes og Marianne Reitan Dahlø

Fagkode: SAE 00 Sykepleie

Studiepoeng:

Årstall: 2010

Veileder: Marit Sandøy

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

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 23.04.2010

Innhold

1.0. Innledning:	3
1.1 Hensikt	3
1.2 Forskningsspørsmål	3
2.0 Bakgrunnsteori	5
2.1 Anorexia Nervosa.....	5
2.2 Tradisjonell behandling av Anorexia Nervosa.....	6
2.3 Innleggelse ved barneavdelingen.....	7
2.4 Den første tiden med pasienten.....	8
2.5 Familierapien.....	9
2.6 Sykepleieteoretiker.....	11
3.0. Metode	13
Steg 1 Spesifisere ett forskningsproblem.....	14
Steg 2 Spesifisere inkludering og eksklusjonskriterier som gjelder for studiene.....	14
Steg 3 Formulere en plan for litteratursøkingen.....	14
Steg 4 Litteratursøkene gjennomføres og inkluderte studier samles inn.....	15
Steg 5 og 6 Innholdsanalyse av artiklene.....	16
3.1 Etske aspekter:	16
4.0 Resultat:	18
4.1 Familierapi – en effektiv og varig intervensjon.....	18
4.2 Informasjon og veiledning til pasient og pårørende.....	18
4.3 Tverrfaglig samarbeid.....	19
4.4 Å skape tillit og terapeutiske relasjoner.....	20
4.5 Grensesetting.....	21
5.0 Diskusjon	23
5.1 Metodediskusjon	23
5.2 Resultatdiskusjon	25
5.2.1 utfordringer knyttet til å danne terapeutiske relasjoner.....	25
Manipulering.....	27
5.2.2 Informasjon og veiledning av foreldre.....	28
Sette Grenser	29
5.2.3 utfordringer knyttet til å jobbe tverrfaglig.....	31
6. 0 Konklusjon	34
Litteraturliste	35

Sammendrag:

Sykepleierens rolle i behandlingen av Anorexia Nervosa.

Antall ord 10881.

I møtet med den unge pasienten som lider av Anorexia nervosa blir man stilt foran flere utfordringer.

Som sykepleier må man her i tillegg til å ta vare på pasienten også jobbe tett med familien og det tverrfaglige teamet som deltar i behandlingen. Nyere forskning viser at familierapi er den mest effektive tilnærmingen for disse pasientene og det er derfor mer og mer vanlig å involvere familien.

Hensikt: Hensikten med vår studie var å kartlegge hvordan sykepleieren kan brukes som ett ledd i familierapien for å få et best mulig resultat. **Metode:** Litteraturstudiet ble gjort i databasen OVID Nursing Fulltext plus. Her valgte vi å gå videre i søk til psychinfo, British nursing index, OVID nursing, helsebiblioteket JournalOvid. **Resultat:** Resultatet viste at sykepleiere synes det er en utfordring å danne terapeutiske relasjoner med pasienten fordi flere føler mangel på kunnskap i behandlingen med disse pasientene. Sykepleiere føler også at de ikke har nok de skulle sagt ved innleggelsen av pasientene og ikke er nok forberedt når de kommer på avdelingen. Det kom også frem at sykepleieres observasjoner ikke ble tatt på alvor av de andre i det tverrfaglige teamet og at det vanskeliggjorde samarbeidet. Flere av våre funn viste at etter utskrivelsen fra avdelingen gikk pasienten ned i vekt etter en stund hjemme. Det viste seg derimot at med større involvering av foreldrene ble dette problemet borte. **Konklusjon:** I forhold til å arbeide med familien viste vår studie at det er informasjon og veiledning som blir sykepleierens største oppgave. Å veilede foreldrene til å ta på seg en autoritær rolle angående måltid og aktivitetstyring og å være selvsikre og konsekvente. Man må også gjøre foreldrene bevisst på hvilke utfordringer de vil møte og hvordan de skal takle dem. For å kunne gi foreldrene denne veiledningen og informasjonen må også sykepleieren ha god kunnskap og et godt innsyn i pasientens situasjon. Våre funn viste også at det tverrfaglige samarbeidet kan forbedres gjennom bedre kommunikasjon. Dette spesielt tenkt til å få mer de skulle sagt ved innleggelsen av pasientene og at dokumentasjon følges opp.

Nøkkelord: Nursing, Anorexia, Adolescents, outcome, hospital, family therapy.

Summary:

In the meeting with the young patient suffering from Anorexia nervosa one is set in front of several challenges.

As a nurse you have here, in addition to taking care of the patient also work closely with the family and the interdisciplinary team involved in treatment. Recent research shows that family-therapy is the most effective approach for these patients and it is therefore more common to involve the family. **Purpose:** The purpose of our study is to determine how the nurse can be used as a part of the family therapy to get the best possible result. **Method:** Literature study was done in the database OVID Nursing Full Text Plus. Her valgte vi å gå videre i søk til psychinfo, British nursing index, OVID nursing, helsebiblioteket JournalOvid. Here, we chose to move on in search of psychinfo, British Nursing Index, OVID Nursing, health library Journal Ovid. **Results:** The results showed that nurses find it a challenge to form therapeutic relationships with patients because many feel a lack of knowledge in the treatment of these patients. Nurses also feel that they do not have enough to say by the admission of patients and is therefore not enough prepared when they arrive in the ward. It also came out that nurse's observations were not taken seriously by the others in the multidisciplinary team and that made collaboration difficult. Several of our findings showed that after discharge from the ward, the patient lost weight for a while at home. It turned out however that with greater involvement of parents, this problem disappeared. **Conclusions:** In relation to working with family, our study showed that there is information and guidance that is the nurse's main task. To guide the parents to take on an authoritarian role regarding meal and activity management, and to be confident and consistent. One must also make parents aware of the challenges they will face and how to tackle them. In order to give parents this guide and the information the nurse needs good knowledge and a good insight into the patient's situation. Our findings also showed that interdisciplinary collaboration can be improved through better communication. This is especially intended to get more they were told by the admission of patients and the documentation are followed up.

Keywords: Nursing, Anorexia, Adolescents, outcome, hospital, family therapy.

1.0. Innledning:

Anorexia nervosa (AN) debuterer gjerne i 12- 18 års alderen, og forekommer i alle sosiale lag. Sykdommen opptrer hyppigere i storbymiljøer enn i utkantstrøk, og den er mer utbredt i idrettsmiljøer enn i resten av befolkningen. Man regner med at spiseforstyrrelser forekommer hos 2 % av den kvinnelige befolkningen mellom 15 og 45 år, og enkelte hevder at det finnes over 100 000 mennesker her i landet som har en form for spiseforstyrrelse (Hummelvoll 2004).

Da det er størst forekomst av diagnosen blant jenter og pga debutalderen på 12-18 år ville vi konsentrere oss om denne gruppen.

I følge Egidius (2008) brukes det en mengde ulike behandlingsmodeller ved AN. Videre sier han at behandlingsopplegget varierer etter pasientens alder. Vi ville konsentrere oss om yngre pasienter som fortsatt bodde hjemme hos foreldrene sine.

For disse pasientene brukes oftest familierapi, om mulig i kombinasjon med innlegging på sykehus, dersom pasientens medisinske tilstand indikerer dette (Egidius 2008). I vår oppgave gikk vi utifra denne perioden. Pasienten er altså på avdelingen mens hun fremdeles går i familierapi. På det sykehuset vi selv har vært i praksis på er det en egen barneavdeling. Alle pasienter under 18 år som blir innlagt på sykehuset kommer til denne avdelingen uavhengig av diagnose.

Vi har valgt å inkludere sykepleieteorien til Joyce Travelbee i vår studie da den fokuserer på de mellommenneskelige relasjonene og terapeutiske forhold.

1.1 Hensikt

Hensikten med vår studie er å finne ut hvordan sykepleieren kan brukes som ett ledd i familierapien for få et best mulig resultat.

1.2 Forskningsspørsmål

I vår studie har vi i tillegg til hensikten også med forskningsspørsmål vi vil finne svar på.

- Hvor effektiv er familierapi som behandlingsform for jenter i alderen 12-18 med AN?

- Hvilke utfordringer møter vi som sykepleiere i møtet med denne pasienten og deres familie?
- Hvilke utfordringer møter vi som sykepleiere i det tverrfaglige samarbeidet med denne type pasienter?
- Hvordan kan vi som sykepleiere forberede familien på tiden etter utskrivelse?

2.0 Bakgrunnsteori

2.1 *Anorexia Nervosa*

Psykososialt yter AN seg som overopptatthet av kalorier, slanking og kroppens utseende. På tross av avmagring blir hun aldri slank nok i egne løyne. Evnen til å skjelne mellom følesnyanser og å uttrykke følelser og behov blir dårlig utviklet. Tenkningen er konkret og lite fleksibel. Ofte dreier det seg om jenter som ytre sett veltilpasset, intelligente og ressurssterke. Ritualisering knyttet til mat og trening er ofte framtrede, og på tross av avmagring synes pasienten å ha mye energi. Overfladisk og mer upersonlig kontakt synes å være god, men blir forholdene for nære, trekker pasienten seg unna – muligens fordi nærhet truer hennes autonomi. Hun vet mye om mat, og tilsvarende lite om egen kropp og egne behov. Man kan få inntrykk av at virkelighetsoppfatningen er defekt, blant annet på grunn av den usikre oppfatningen og tolkningen av stimuli fra egen kropp. Det er også et typisk kjennetegn på den anorektiske pasienten at selvfølelsen og selvbildet er uklart, og det svinger i takt med de reaksjoner hun får fra andre. Etter hvert som sykdommen utvikler seg opplever pasienten maktesløshet og indre tomhet, og hun vil i stor grad føle seg styrt av andre (Hummelvoll 2004).

Vidre sier også Hummelvoll (2004) at spisevegring over lenger tid får mange alvorlige kroppslige følger som betydelig avmagring, amneorè, lavt stoffskifte, dehydrering, tørr hud, håravfall og lavt blodsukker. Det oppstår forstyrrelser i elektrolyttbalansen.

Blodsirkulasjonen er nedsatt med blant annet kalde hender og føtter som følge. Pulsen blir langsom og hjerateaksjonen uregelmessig. Generelt blir man mer utsatt for infeksjoner.

Obstipasjon, oppblåst mage og nedsatt toleranse for matinntak, og etter hvert manglende sultfølelse, blir framtrede.

Kriterier for å få diagnosen AN i følge ICD 10 diagnosesystem:

Bevisst vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av pasienten, og som er forbundet med en påtrengende og overdimensjonert frykt for fedme og lubben figur.

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. Det foreligger vanligvis underernæring av varierende alvorlighetsgrad, med sekundære

endokrine og metabolske forandringer og forstyrrelser av kroppsfunksjoner. Symptomene omfatter innskrenket valg av matsorter, overdreven trening, selvframkalt brekninger og defekasjoner(avføring) og bruk av appetittreduserende midler og diuretika.

2.2 Tradisjonell behandling av Anorexia Nervosa.

Når det gjelder familiens involvering i behandlingen av AN i Norge i dag er det ulik praksis. Noen anbefaler at familien ikke trekkes inn i behandlingen mens pasienten er i den aktive behandlingsfase på sykehus. Dette gjelder særlig hvis det foreligger en klar familiekonflikt. Andre har en mer fleksibel tilnærming, som går ut på at familiebesøk gjerne kan være begrenset den første tiden på sykehus, fordi begge parter har godt av en pause fra hverandre en tid. Imidlertid understrekes det at familiens og pårørendes behov for kontakt må imøtekommes. Andre igjen påpeker at familiesamarbeid bør være en selvsagt del av behandlingen om den skal bli vellykket (Hummelvoll 2004).

I følge Skårderud (2004) bør behandlingen i avdelingen være basert på en behandlingskontrakt. Kontrakten skal være tydelig, og et resultat av dialogen mellom lege, sykepleier, ernæringsfysiolog, pasienten og eventuelt familien. Den bør være tidsavgrenset med fellesevalueringer etter forskjellige etapper. Kontrakten bør være avklart før innleggelse, eller ved innkomstsamtalen, og det er mer hensiktsmessig å definere oppholdet ut fra tid, enn fra vektøkning i antall kilo. Elementer en slik behandlingskontrakt bør inneholde er: Kostliste, hvem som serverer maten, ikke tilgang til kjøkkenet, om pasienten skal spise sammen med andre og evt. hvem, hvilke faste tider pasienten skal spise til, måltides varighet, hvor mye fysisk aktivitet og i hvilke former, og oversikt over tider for samtaler med lege og/eller psykolog og andre. Siden dette er en psykisk lidelse, følges lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern om det skulle bli nødvendig med bruk av tvang i behandlingen.

Pasienten er et selvstendig rettssubjekt ifht helselovgivningen ved fylte 16 år, selv om myndighetsalder er 18 år. Pasienter under 16 år er ikke helserettslig myndige. Derfor samtykker foreldrene i pasientens sted.

Behandling av barn under 16 år som ikke selv ønsker behandling, er ikke å betrakte som tvang i juridisk forstand. Barnet kan imidlertid oppleve det som tvang, noe som kan gjøre

behandling vanskelig både for barnet, foreldrene og behandlere. Utøvelsen skal derfor ikke bære preg av straff.

Vedtak om behandling med næringsmidler mot pasientens samtykke kan fattes for pasienter over 16 år: § 4-4 b Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten eget samtykke så fremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ (www.lovdatab.no psykisk helsevernlov).

2.3 Innleggelse ved barneavdelingen.

Skårderud (2007) mener at den pediatrike avdelingen er en meget godt egnet arena for samarbeidet med familien. Innenfor pediatrien finnes det mange steder god psykososial kompetanse, med forståelser og praksis som ivaretar hele mennesket. En av foreldrene overnatter gjerne på sykehuset, og dette gjør, eller burde gjøre, det til en selvfølge å anvende tid til et utvidet samarbeid. Ved flere avdelinger finnes det personale som har skolert seg nettopp på disse problemene, og det er etablert behandlingsrutiner, strukturer og prosedyrebøker.

I følge Hummelvoll (2004) forutsetter arbeidet med spiseforstyrrelser tverrfaglig samarbeid. Når en jente med anoreksi legges inn på barneavdelingen, vil begrunnelsen være pasientens lave vekt med kaliumverdier i serum (med fare for alvorlige arytmier), at poliklinisk behandling har vist seg utilstrekkelig, eller at pasienten har vist alvorlig depressivitet med selvmordstanker. Dessuten kan det være at familien er så utslitt at de ikke makter mer.

Videre skriver han at det mest gunstige for pasienten under oppholdet er å ha en person i personalgruppen som følger henne opp. Primærsykepleierens funksjon blir å være følgesvenn - en som gir støtte, råd og hjelp underveis. Det er viktig for pasienten å ha en primærkontakt som er tydelig og synlig som person, noe som igjen vil kunne bidra til at økt trygghet i forhold til hvem hun har med å gjøre, samtidig som primærsykepleieren kan få en modellfunksjon i forhold til henne. Det er vesentlig for en gunstig kontaktutvikling mellom pasient og pleier, at sykepleieren i begynnelsen tar hensyn til at pasienten har skjult sine symptomer i lang tid, og usynliggjort seg selv. Det blir sykepleierens oppgave å beskytte pasientens integritet, og beskytte henne mot en blottstilling i avdelingen hun kanskje ikke er klar for. Dette krever at pleieren har en vilje til å finne ut hvor pasienten er, møte henne der, og arbeide ut i fra pasientens tempo, i den grad det er forsvarlig i

forhold til de somatiske komplikasjoner.

2.4 Den første tiden med pasienten.

Når pasienten har kommet så langt i sin sykdom at hun blir innlagt på barneavdelingen, er situasjonen som oftest kritisk. Pasienten er i en tilstand der de vitale funksjoner er truet eller sviktende, og på bakgrunn av sykdomsopplevelsen kommer pasienten i en fysisk, psykisk sosial og/eller eksistensiell krisetilstand (Moesmand og Kjøllesdal 2004).

En god innkomstsamtale kan også være den starten på ett tillitsforhold som er nødvendig for at pasienten skal kunne bli frisk. Det er derfor viktig for sykepleieren å tenke på å prøve så godt som mulig å opparbeide seg ett terapeutisk forhold til pasienten helt fra første gang de møtes. Gjennom anamnesen kan man få tak i vesentlig informasjon om pasienten, men det er viktig at denne samtalen gjennomføres på en rolig og respektfull måte. Her er det sykepleierens oppgave å få informasjon om pasienten som gjør at det ikke oppstår uønskede komplikasjoner under innleggelsen. Sykepleieren bør vite om pasienten kaster opp, hvor ofte/mye, om hun bruker avføringsmidler, brekkmidler eller andre medikamenter. Alt dette har betydning for hvilken behandling som skal settes i gang i akutfasen. Det er viktig for sykepleieren å gjentatte ganger fortelle pasienten at hun er syk, og at hun lider av en alvorlig sykdom som ofte gir alvorlige komplikasjoner om hun ikke blir behandlet. Hjerterytmeforstyrrelser, hjertesvikt, vekstretardasjon og osteoporose er bare noen av dem (Skårderud 2007).

Sykepleierens oppgave i det å behandle en pasient med AN kan by på mange utfordringer. Det er viktig å se etter personen bak symptomene, og gjøre sitt ytterste for å lage et trygt nok behandlingsforhold for pasienten. Sykepleieren skal være med å bidra til oversettelsesarbeidet fra mat og kropp, til følelser og forhold. Hun må også arbeide på slike måter at hun bidrar til å styrke de selvhelende evnene hos den som har en spiseforstyrrelse, og arbeide med en forståelse av at en lidelse ikke bare rammer den som har spiseforstyrrelsen, men også de nærmeste (Skårderud 2007).

I følge Thune-Larsen et al. (2004) er det en av sykepleierens viktigste mål å skape et tillitsforhold mellom seg og pasienten. Dette for å kunne best mulig opparbeide seg et terapeutisk forhold til henne. Det er samtidig viktig å huske på at familien har vært gjennom tøffe perioder hjemme før pasienten blir innlagt på barneavdelingen.

I følge Skårderud (2007) bør sykepleieren kartlegge følgende områder når hun skal skaffe seg et helhetlig bilde av både pasienten og dens familie:

- Familiestrukturen - inkludert roller, ansvarsfordeling, normer og verdier.
- Familiens holdninger til pasienten.
- Det emosjonelle klimaet i familien.
- Den sosiale støtte som er tilgjengelig for familien
- Familiens forståelse av pasientens problemer og for behandlingsplanen.

2.5 Familierapien

I følge Egidius (2008) er familierapi behandling av hele familiers problemer, hvor man vanligvis har hele familien samlet. Familierapi kan bedrives etter mange metoder på grunnlag av ulike teorier om hvordan familielivet fungerer. Videre står det at de vanligste metodene i behandlingen av pasienter med AN er system- og kommunikasjonsteori og psykopedagogisk metode. I den systemteoretiske metoden fokuserer familierapeutene på familiemedlemmenes samspill i nuet og forsøker å endre deres regelsystem. Den psykopedagogiske metoden går ut på å lære familiemedlemmene å innta en mindre kritisk eller overbeskyttende holdning mot det medlem i familien som har en forstyrrelse.

I behandlingsforskningen om AN finnes dokumentasjon for at familietilnærmingen til dem som er under 18 år, er mer effektiv enn individuell behandling (Skårderud 2007).

Vår erfaring er at pårørende kan utgjøre en stor ressurs i arbeidet med psykisk syke pasienter. Når vi jobber med unge vil det også være mer naturlig at pårørende involveres. I praksis har vi sett at dersom familien skal kunne takle den belastningen det er å være pårørende, er det viktig at de får støtte og konkret hjelp i form av kunnskap og strategier som gjør dem i stand til å mestre den nye situasjonen.

I følge Hummelvoll (2004) kan det i denne sammenheng være nyttig med ett psykopedagogisk opplegg. Dette er en tilnærming hvor man formidler kunnskap om hva som fremmer helse, og forebygger problemutvikling hos barna. Foreldre bistås til å styrke de beskyttende faktorer og prosesser som kan fremme positiv utvikling og hensiktsmessig mestring hos barna. Denne metoden har sitt utspring i Antonovskys salutogenese, som også

legger vekt på å framheve de faktorer som fremmer helse. Antagelig er familien bedre rustet til å gi støtte og omsorg på mer langvarig basis hvis de selv får støtte.

I helsetilsynets retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten, er familiararbeid regnet som nødvendig for pasienter under 18 år. Videre anbefales familieterapi som behandling for denne pasientgruppen etter utskrivning fra sykehuset. Forskning viser dokumentert positiv effekt for pasienter med AN under 18 år med en sykdomsvarighet under 3 år. Det viser seg at familieterapi er bedre enn individuell terapi med hensyn til vektøkning, symptombedring, funksjonelle familierelasjoner samt seksuell og sosial tilpasning (Hummelvoll 2004).

Familieterapien retter seg i hovedsak mot familien som system, og ikke mot det enkelte individ, eller mot direkte symptomatisk adferd. Familieterapi brukes ofte som behandlingsform etter at det er forsøkt med familierådgiving men at det ikke ble oppnådd ønskelige resultat. Indikasjoner for overgang fra familierådgiving til familieterapi var at det forelå relativt fastlåste og konfliktfylte relasjoner enten foreldrene imellom, eller mellom barn og foreldre, og at det var en forsinket eller forstyrret psykologisk utvikling hos barnet, eller at søsken eller andre familiemedlemmer anses å ha en betydning for bedringsprosessen. Samtidig som familien kan være en medvirkende årsak til at de tidligere forsøkte behandlingsmetoder ikke har gitt ønsket resultat, er det viktig for sykepleieren å huske på å tenke på familien som en ressurs for pasienten, i stedet for å tenke på dem som en årsak til at pasienten ble syk (Thune-Larsen 2004).

I følge Moesmand og Kjøllesdal (2004) forutsetter profesjonell kommunikasjon at sykepleieren har kunnskap på flere områder. Kommunikasjonsferdigheter spenner fra praktiske handlinger til interpersonelle ferdigheter.

Videre skrives det at sykepleieren skal være den personen som både pasient og pårørende skal kunne føle at de har tillit til, og som de kan luften sine bekymringer og tanker til. Utdfordringen for sykepleieren blir å prøve å forstå de pårørende eller pasienten i den situasjonen de er i, og prøve å identifisere seg med deres følelser og reaksjoner.

2.6 Sykepleieteoretiker

Ethvert møte mellom to mennesker er en enestående hendelse i seg selv. Enestående i den betydning at akkurat dette møtet, mellom disse to menneskene, aldri har skjedd før, og aldri kommer til å skje om igjen. Et hvilket som helst møte mellom to mennesker vil alltid bli stående som noe helt spesielt, noe som har sin egen karakter, sitt eget innhold. Denne enestående hendelse og opplevelse må tas i mot og tas vare på som det enestående det er. (Størksen 1980,s.18) (Hummelvoll 2004,s 382).

Vi vet av erfaring at det kan føles slik både for sykepleier og pasient i det første møtet i avdelingen, og det kan være lett å bli ufølsomme for disse møtene fordi vi opplever så mange av dem. Som sykepleier koster det alltid mye å investere hele seg selv som menneske i møte med ett annet, og ekstra mye når det er pasienter vi investerer i. Vi tror dette er en ekstra utfordring i møtet med pasienter med AN, som kanskje ikke gir så mye av seg selv tilbake.

Travelbee ser målet med sykepleie som at individet eller familien hjelpes til å forebygge eller mestre følger av sykdom og lidelse, eller om nødvendig finne mening i disse erfaringene. I følge Travelbee må barn og familie ses som en helhet, fordi barnets mestringsevne alene ikke er tilstrekkelig verken til å forebygge, mestre eller finne mening (Tveiten 2006).

I følge Kristoffersen (2000) er Travelbees sykepleiedefinisjon velkjent og allment akseptert. Den bygger på et eksistensialistisk menneskesyn, og på det faktum at lidelse og smerte er en unngåelig del av menneskelivet. Sykepleien skjer gjennom et menneske til menneske forhold, som er et sentralt begrep i Travelbees sykepleietenkning. Et slikt forhold etableres i følge henne gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser.

- Det innledende møtet.
- Framveksten av identiteter.
- Empati.
- Sympati.
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

Førsteintrykket mellom pasient og sykepleier er basert på observasjoner av den andres væremåte, handlinger og språk, og en umiddelbar vurdering av disse faktorene.

Sykepleierens utfordring vil være å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasienten og se pasienten slik han eller hun er som person. (Kristoffersen 2000).

Når pasienten møter sykepleieren for første gang, ligger det forventninger om at han skal avsløre både personlige forhold og karakteristika. For at dette skal kunne skje er det nødvendig at sykepleieren er nærværende, varm og villig til å gi seg selv til kjenne, og det gjør det lettere for pasienten å utlevere seg selv om samtalen finner sted på nøytral grunn i stedet for på et kontor (Hummelvoll 2004).

3.0. Metode

En litteraturstudie er i følge Dalland (2007) basert på en problemstilling og spørsmål som besvares gjennom at forskeren søker etter forskningsartikler og kritisk vurderer disse.

Målet med en systematisk litteraturstudie er å få tilgang til allerede tilgjengelige studier innenfor et spesifikt forskningsområde. Dette gjør at forskeren får en større innsikt i det aktuelle problemområdet som granskes. Resultatene diskuteres og presenteres som ett ferdig resultat, i form av en litteraturstudie.

En litteraturstudie kan inneholde både kvalitative og kvantitative studier. Kvalitative studier egner seg i vår litteraturstudie fordi det forteller noe om hvordan behandlingen oppleves for pasienten, og hvilke sykepleieintervensjoner som settes i gang under behandlingen har effekt og ikke. De kan også fortelle om hva det er i behandlingen som virker eller ikke virker, og eventuelt hvorfor.

Kvantitative studier gir oss svar på hvor mange som lider av sykdommen, hva som kan være eventuelle årsaker, prognoser og sykdomsforløp, og effekten av tiltakene som er satt i gang (Nordtvedt et al. 2007). Vi valgte å ta med også kvantitative studier da disse fortalte oss om familieterapi var den beste behandlingsmetoden knyttet til disse pasientene. De kvantitative studiene ga oss også innsikt i på hvilken måte dette var den beste behandlingsmetoden. Da vår hensikt med studien var å kartlegge hvordan sykepleieren kan brukes som ett ledd i familieterapien for å få et best mulig resultat dro vi nytte av funn både fra kvantitative og kvalitative studier. Databasen som ble brukt som utgangspunkt for søket var OVID Nursing Fulltext plus.

Her valgte vi å inkludere psychinfo, british nursing index, OVID nursing, helsebiblioteket og JournalOvid.

Søkeord: anorexia, adolescents, family therapy, hospital, outcome. Alle søkeordene ble kombinert med "and" for å få mest mulig relevante treff.

De artiklene vi fant som virket interessante leste vi gjennom abstraktene til. Dette for å se om de var relevante for vår studie i henhold til våre inkluderings og ekskluderingskriterier. Dette gjaldt bruk av metode, type studie, årstall de var publiserte, og om familieterapien var rettet mot unge jenter med AN i den aldersgruppen vi var interesserte i.

Etter å ha brukt disse søkeordene har vi kommet fram til noen av de artiklene vi har brukt i vår oppgave. Bruk av "find similar articles" har ført oss til andre brukte artikler.

Undersøkelsene av den vitenskapelige litteraturen vi har funnet fram til, har vi systematisk gått gjennom ved å følge Goodmans sju steg, men på en tilpasset måte sånn at de var relevante for vår studie. I følge Willman, Stoltz og Bahtesvani (2006) blir disse sju stegene brukt innen helse og omsorgsvesenet for å finne og kvalitetsvurdere vitenskapelig litteratur.

Steg 1 Spesifisere ett forskningsproblem.

Hensikten med vår studie var å kartlegge hvordan sykepleieren kan brukes som ett ledd i familierapien for å få et best mulig resultat. Vi ville i første omgang finne artikler som ga tydelige svar på om familierapi hadde en positiv virkning på behandlingsresultatet, enten alene eller sammen med individuell terapi, og eventuelt hvorfor. Vi lette først etter kvantitative artikler for å finne svar på om familierapi var en god behandlingsmetode for pasienter med AN. Deretter lette vi etter kvalitative artikler som kunne fortelle oss noe om pasientens opplevelse ved innleggelse på barneavdelingen, og hvordan sykepleieren følte det var å jobbe med pasienter med AN. Fordi vi skulle kartlegge hvordan sykepleieren kan brukes som et ledd i familierapien var det viktig å få innsyn i både pasient og sykepleieres opplevelser i forhold til familierapi.

Steg 2 Spesifisere inkludering og eksklusjonskriterier som gjelder for studiene.

For å få svar på våre forskningsspørsmål behøvde vi artikler som var både kvantitative, og kvalitative. Andre inklusjonskriterier var at artiklene ikke skulle være eldre enn 5 år, dvs. at når vi begynte å søke etter artikler så ville vi ha de som var publiserte i 2004 eller senere. De som hadde vært med i studiene skulle ha diagnosen AN, være mellom 12 og 18 år, og hadde gjennomgått enten familierapi, eller individuell behandling for sin spiseforstyrrelse. Vi valgte å ekskludere gutter fra vår studie.

Steg 3 Formulere en plan for litteratursøkingen.

En plan for litteratursøkene bør inneholde fire momenter, for å hjelpe forfatteren å holde oversikt over arbeidet. Disse fire momentene er:

Identifisere tilgjengelige ressurser.

Datarommet på Høgskolen ble brukt som base for arbeidet. Start på oppgaven var februar 2009. Til innlevering av seminarversjon var det ca 13 mnd. I løpet av denne tiden hadde

forfatterne 3 praksiser som gjennomføres og også en del andre oppgaver til innlevering. Det ble derfor ikke en kontinuitet i arbeidet med studiet før januar 2010. Vi begynte prosessen med å finne ut hvilke databaser som var tilgjengelige gjennom skolen. Dette første prøvesøk ble gjort allerede i februar 2009. Vi fikk også hjelp fra bibliotekar for å gjennomføre dette, som foregikk gjennom databasen Swemed. Her fantes det ingen relevante treff, og det ble bestemt for å fokusere på Ovid som database for fremtidig søk.

Identifisere relevante kilder.

Forfatterne valgte å bruke Ovid full text plus. Dette fordi denne databasen etter egen erfaring som regel har gidd relevante treff med fullstendige artikler og har en oversiktlig og en praktisk søkefunksjon hvor man kan lagre søk. Her ble British Nursing index inkludert for å få det sykepleierrelaterte og psychinfo da det dreier seg om pasienters og sykepleieres holdninger og erfaringer. Vi inkluderte også Medline og OvidJournal. Cinahl ble ikke brukt da forfatterne ikke hadde nok kjennskap til denne.

Avgrense problemstillingen og bestemme hovedfokus for søket.

Etter hvert som søkene ble gjort avgrenset vi søkene for å finne den konkrete problemstillingen. Søkeordene ble kombinert og antall artikler ble redusert samtidig som de ble mer relevante med tanke på hensikten vår.

Utvikle en søkemetode for hvert søkesystem

Dette punktet ble ikke så aktuelt for vår del da vi holdt oss inne på Ovid med egen konto. Her ble søket vårt lagret og vi kunne lett finne frem til det gjentatte ganger for endringer og nye søk.

Steg 4 Litteratursøkene gjennomføres og inkluderte studier samles inn.

Litteratursøket ble gjennomført og inkluderte studier ble valgt ut. Forfatterne utførte alle databasesøk sammen. Titlene ble lest først og der det virket relevant leste vi abstraktene. De artiklene som virket relevant etter å ha lest abstraktene ble printet ut og lest i sin helhet. Ordene vi brukte i søket var Anorexia, Adolescents(ungdom), family-teraphy, hospital og outcome. En kombinasjon av disse ordene gav oss resultatet som vi jobbet videre med på 149 artikler. I et annet søk i samme database brukte vi kun anorexia og nursing. Dette ga kun ett treff og artikkelen ble inkludert i vår studie. Etter å ha spesifisert mer konkret hva vi var ute etter og funnet ut at vi ville ha mer om kommunikasjon og mellom-menneskelige

forhold prøvde vi et søk som inneholdt: Nursing adolescents, communications, eating disorder. Dette ga et treff på en artikkel vi hadde fra før i tillegg til en ekstra om sykepleieperspektivet. Vi brukte ikke MeSH-termer eller trunkering da vi anså det foreløpige antallet med artikler som godt nok. Noen av artiklene måtte bestilles gjennom biblioteket.

Steg 5 og 6 Innholdsanalyse av artiklene.

I analysen av våre inkluderte artikler gikk vi systematisk til verks. Først leste vi gjennom artiklene, og plukket ut funn som var relevante i forhold til hensikten, og forskningsspørsmålene i vår oppgave. Deretter gikk vi gjennom de funnene vi hadde, og samlet dem etter likheter og/ eller forskjeller i forhold til ulike temaer som gikk igjen i flere artikler. De overskriftene vi samlet funnene under var; tverrfaglig samarbeid, å skape tillitt og terapeutiske relasjoner, grensesetting, familierapi- en effektiv og varig intervensjon, informasjon og veiledning til pasient og pårørende.

3.1 Etiske aspekter:

Studien er en litteraturstudie. Når vi gransket og analyserte artiklene prøvde vi å gjøre dette så objektivt som mulig, og stole på forskerne og deres forskningsresultater, ikke fabrikke data, eller forvrengte forskningsprosessen på andre måter. Men på grunn av at alle artikler er på engelsk, kan vi ikke i vår studie utelukke at det finnes visse feiltolkninger og dårlige oversettelser. Vi så også etter etiske refleksjoner i artikklene vi ville bruke. De fleste studiene var også godkjent av en etisk komite.

De artiklene vi valgte å bruke videre i vår studie ble kvalitetskontrollert etter Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) sjekklister for kvalitetskontroll. I kvalitetsbedømmingen ble artiklene gradert ut i fra et poengsystem. Sjekklisten hadde ulike delspørsmål. De spørsmålene som kunne besvares positivt fikk et poeng. De som ble besvart med nei eller vet ikke fikk null poeng. Summen av poengene ble så omregnet til prosent. Etter dette ble artiklene plassert kvalitetsmessig. Artikler som oppnådde 80-100 % ble ansett for å ha vitenskapelig høy kvalitet. Etter dette kom artikler med middels vitenskapelig kvalitet med 70-79 %. Lav kvalitet ble satt der artiklene ikke fikk poeng over 69 %.

Alle artiklene ble kvalitetsbedømt i fellesskap. Vi kunne lest de hver for oss for å se om vi hadde ulike meninger ang kvaliteten men valgte å ta denne diskusjonen samtidig.

Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Brukte artikler
Ovid: Nursing Full text plus, medline, helsebiblioteket, british nursing index,	Anorexia, adolescents, family therapy, hospital, outcome	149	131	45	8
	Nursing and anorexia	1	1	1	1
	Nursing and adolescent, communication	447	2	2	2

4.0 Resultat:

4.1 Familierapi – en effektiv og varig intervensjon.

I studien til Loeb et al.(2007) kommer det frem at eldre forskning hevdet at sykdommen kunne bli forverret med innblanding av foreldre. Dette spesielt når det ble gjort på en så autoritær måte som familierapien innebærer. I den studien var hensikten å undersøke effektiviteten og gjennomførbarheten av å tilby familierapi som et tillegg til den vanlige behandlingen. De kunne konkludere med familierapi hadde en positiv innvirkning på resultatene både psykisk og fysisk. I studien av Paulson-Karlsson, Nevenon og Engström (2006) kommer det frem at foreldre også er mer fornøyd med behandlingen når de får ta en aktiv del i den ved hjelp av familierapi i tillegg til den individuelle terapien. Når det kommer til behandlingsvarighet med familierapi er det gjort forskning som konkluderer med at kortvarig behandling(2,3 år) med familierapi er vel så effektiv som lengre. (6 år med familierapi). Familiebasert terapi viser seg sannsynlig å være en effektiv intervensjon med en varig innvirkning hos ungdom som har hatt kort varighet av anorexia nervosa. FBT vil da også være en kostnadseffektiv intervensjon da den begrenser utviklingen av AN slik at den ikke får gå over til en mer kronisk og ødeleggende tilstand (Lock mfl 2006). I en studie som er gjort av Le Grange, Binford og Loeb (2005) viser det seg at fleste studier som omhandler ungdommer med AN viser at familierapi er til god hjelp. Særlig hos pasienter som ikke har hatt sykdommen i lang tid. Som oftest vil 70 % av pasientene ha oppnådd en normal kroppsvekt, fått eller fått tilbake menustrasjonen. 5 år etter avsluttet behandling er 70-95 % av pasientene erklært friske, mens 10-15 % fortsatt vil være syke. Det blir i studien til Lock, Couturier og Agras (2006) konkluderes det med at ungdom med AN er mer mottagelig for behandling enn voksne med forstyrelsen. Dette på grunn av at de ikke enda er kronisk syke, de har foreldre til å hjelpe dem og det er mer sannsynlig at de går inn i behandlingen fordi de er avhengige mindreårige.

4.2 Informasjon og veiledning til pasient og pårørende.

Foreldre har gjerne ulike forventninger til behandlingen enn hva pasienten har. Foreldre har forventninger til at de skal få veiledning og støtte for å kunne bidra til at barnet blir bedre (Paulson-Karlson, Nevenon og Engström 2006).I følge Lock et al. (2006) ønsker

mer enn halvparten av foreldrene veiledning og støtte til seg selv for å klare å hjelpe pasienten. Det kommer også frem i undersøkelsen at det er foreldre som føler de får mest hjelp i de sesjonene der både foreldre og pasienten er med. Det er i disse samtalene det i følge Le Grange, Binford og Loeb (2005) er viktig at sykepleieren bør oppmuntre foreldrene til å gå i seg selv og tenke over hvordan spiseforstyrrelsen kan ha sammenheng med relasjonsmønsteret i familien og interaksjonene mellom familiemedlemmene, og hvordan det destruktive relasjonsmønsteret kanskje hindrer familien å komme til enighet. Van Ommen et al. (2008) og Paulson-Karlson, Nevonen og Engström (2006) forklarer også at pasienten understreker at det er viktig med en konstant flyt av informasjon fra sykepleier, fordi pasienten selv ser utelukkende positive effekter av sykdommen, som for eksempel en tynn kropp og informasjon om behandlingen, og om hva de kan forvente har et positivt utfall på både utfallet og hvor fornøyd pasientene er med behandlingen.

Man skal også veilede foreldrene i forhold til at det ikke skal gå inn i diskusjoner med barnet angående mat og spisesituasjoner, foreldrene skal allikevel vise empati og sympati for barnet sitt som er sykt. Det er viktig å minne foreldrene på at dette er en midlertidig situasjon når det gjelder å ta fullstendig kontroll over sitt barn, og at den etter hvert vil bli gitt tilbake til barnet i takt med at sykdommen bedrer seg. Foreldre bør oppmuntres til å begrense sitt barns aktivitetsnivå i form av for eksempel ballett, løping og annen trening. Foreldrenes oppgave skal være å sette grenser for aktivitetsnivå og måltidssituasjoner (Le Grange, Binford og Loeb 2005).

4.3 Tverrfaglig samarbeid.

I følge studien til Reid-Searl et al. (2009) løfter forfatterne fram funn som viser at sykepleiere ønsket ett tettere tverrfaglig samarbeid for å sikre pasienten mer kontinuitet i pleien. De ble ikke konsultert når disse barna ble lagt inn på avdelingen og følte dermed de ikke var forberedt nok til å ta imot eller hadde de rette ressursene tilgjengelig. De uttrykker ett ønske om å ha mer de skulle sagt når disse pasientene ble lagt inn. Noe av det samme går også igjen i en studie gjort av Snell, Crowe og Jordan (2009) hvor sykepleiere uttrykker frustrasjon over at observasjonene de dokumenterte ikke ble tatt på alvor i den grad de mente det var viktig. Dette forklares med følgende eksempel:

...another thing that`s frustrating too, especially lately with this current anorexic patient we`ve got. You`ve got all the nurses documenting every shift: patient seems

flat, patient`s doing nothing, she`s not smiling, she`s sitting on her bed, she`s cutting. CYMHS(the mental health services of the hospital) come in and you tell them your concerns and she goes of with the counselor and she`s quiet, she puts on a nice bright happy face for the hour, she comes back and they say she`s fine. You`ve had every single nurse on every single shift documenting this patient`s really flat but they see her for that one hour and they think she`s fine.(Snell, Crowe og Jordan 2009).

4.4 Å skape tillit og terapeutiske relasjoner.

Det første steget i sykepleieprosessen med å skape et terapeutisk forhold til pasienten var å gi pasienten informasjon om hva som skjedde med kroppen deres, herunder både de psykiske og fysiske aspekter ved lidelsen. Det var viktig for sykepleierne at de fikk vise pasienten at dette var noe de hadde kunnskap om, og de brukte det som en strategi for å gjøre pasienten oppmerksom på at hun hadde et problem, og for å redusere den mellommenneskelige motstanden fra pasientens side. Det andre steget var å være tålmodig sammen med pasienten, og vise at sykepleieren var der sammen med henne hele veien under behandlingsprosessen, uavhengig av hvor lang tid det tok. Det tredje steget var å opprettholde en positiv tilstedeværelse overfor pasienten. Her forteller sykepleierne at det var viktig å formidle til pasienten at sykepleieren er tilstede og støtter pasienten i stegene mot å ”gi slipp” på sykdommen. Tillitsforholdet vokser fordi at sykepleieren viser ekspertise innenfor fagområdet spiseforstyrrelser. Tilliten gjorde det mulig for pasienten å snakke om ekstrem pinlige tanker og følelser som angår sin egen kropp. Sykepleierne fortsatte å jobbe terapeutisk med pasienten for å få henne til å få innsikt i sin egen situasjon (Snell, Crowe og Jordan 2009)(Van Ommen et al. 2008). Det å få opparbeidet seg et positivt terapeutisk forhold til pasientene kan være en utfordring fordi sykepleiere kan ha holdninger til pasienten som ikke er fordelaktig. Det viser seg at ungdommer med AN som ofte er innlagt i sykehus til behandling for medisinske lidelser, herunder også de som ikke er livstruende syke, har en bakenforliggende psykisk lidelse som er med og vil vanskeliggjøre rekonvalensprosessen av anoreksien. Depresjon og angst er ofte tilleggssykdommer pasienter med anorexia nervosa lider av, og mange av disse pasientene forneker at de er syke. Dette påvirker pasientens evne til å engasjere seg aktivt i behandlingen, som igjen gjør arbeidet vanskeligere for sykepleierne som jobber med pasientene. Det er gjort relativt få studier som forteller noe om hvordan sykepleierne føler det å jobbe med pasienter som har spiseforstyrrelser, men i de som er gjort er det funn som

viser at sykepleierne synes at jobben er personlig utfordrende og at det er en intensiv jobb. Sykepleiere tenker at pasienten har gjort dette mot seg selv og er selv skyld i tilstanden de er i og måtte selv komme seg ut av den. Det er spesielt det terapeutiske forholdet som er vanskelig å få etablert (Ramjan 2003)(Lock, Couturier og Agras 2006) (Snell, Crowe og Jordan 2009).

I følge studien til Ramjan (2003) kommer det fram at sykepleierne kan være mer opptatt av å gjøre konkrete prosedyrer enn å bruke tid på å snakke med pasienten. Dette fordi de synes det er vanskelig å vite hva de skal si og er redd for å gjøre ting verre. Pga tidspress i avdelingen synes de det ikke virker som de jobber effektivt nok kun ved å sitte å prate med disse barna. Frustrasjonen rundt sin sine følelser av utilstrekkelighet gjorde sykepleiere skeptisk og pessimistisk ovenfor spørsmålet om utfallet for disse pasientene med anorexia. Sykepleierne er redde for at de ikke har nok kunnskap til å gå inn i samtaler med disse pasientene. Det uttrykkes ønske om mer kunnskap i håndtering av barn med psykiske lidelser generelt. Sykepleiere synes ikke de får adekvat utdanning, trening, støtte og mener de ikke blir forberedt godt nok for og hankses med disse pasientene.

4.5 Grensesetting

Pasienten understreker i denne første fasen hvor viktig det var at ansvaret for mat og trening ble tatt vekk fra henne. Sykepleieren må være tilstede for pasientene under hele måltidet fordi pasientene ikke skjønner selv hvor alvorlig syke de er. De må læres å tygge maten på nytt, og sykepleieren må sette grenser ved at de får tygge maten bare x antall ganger før de må svelge den. Det viste seg at pasienten bare ble sittende å tygge om sykepleieren ikke sa ifra (Van Ommen et al.2008).

I studien av Sim et al. (2004) viser det seg at hos en pasient som fikk behandling hjemme, uten involvering av familien, gikk vekten gjentatte ganger ned, og symptomene på AN vedvarte. Derfor ble det satt i gang behandling som også involverte foreldrene til pasienten. Under familierapien ble det satt i gang tiltak som bevisstgjorde familien, og spesielt foreldrene, på hvordan de skulle ta tilbake kontrollen over måltidssituasjonene i hjemmet. Terapeuten hjalp foreldrene med å forstå at datterens selvdestruktive spisemønster var ett symptom på den alvorlige sykdommen hun led av. Terapeuten hjalp

også foreldrene med å forstå hvor stor grad foreldrene kunne la pasienten ha kontroll over sin egen autonomi.

Pasientene synes ofte det var vanskelig å reise hjem og ta med seg disse nye vanene. De mistet vekt etter helgebekjemp hjemme, og foreldrene ble som en følge av dette tatt inn og lært opp til å følge de samme sykepleierintervensjoner hjemme som sykepleieren hadde utført inne i avdelingen. Alle intervjuer viste viktigheten av at pasientene fikk returnere tilbake til sitt normale liv, ett steg av gangen (Van Ommen et al.2008).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I jobben med å utarbeide problemstillingen møtte vi på flere utfordringer. Det første man skal ta stilling til er tema. Innefor dette temaet må vi finne ut konkret hvilket problem det er vi ønsker å finne et svar på. Problemstillingen skal være spennende, fruktbar og enkel (Dalland 2007). Problemstillingen skal også formuleres på en slik måte at den ikke blir for innviklet samtidig som den skal være konkret nok. Etter å ha formulert den endelige problemstillingen vil det også være en fordel å utdype forskningsspørsmål som er viktige elementer for det videre arbeidet og som vil være med i resultatdiskusjonen.

En systematisert fremgangsmetode gir en bedre struktur på arbeidet og mer oversikt for oss som skal jobbe med den. Man må følge denne metoden gjennom hele prosessen, fra problemstilling til konklusjon. Derfor valgte vi å bruke Goodmans 7 steg, tilpasset vårt formål, for å bedre kunne utnytte forskningens resultater. Dette er med på å skape en bro mellom forskning og klinisk virksomhet (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Å få tak i artikler som retter seg helt spesifikt mot hensikten er ikke alltid like lett. Vi fant ingen artikler som gikk direkte på hvordan sykepleieren skal jobbe for å støtte opp om familieterapien. Derfor søkte vi etter artikler som omhandlet de momentene som vi hadde i problemstillingen. I databasene fant vi mange artikler som omhandlet familieterapi. Artikkene gjør rede for hvordan behandlingen foregår og hvilke resultater det gir etter endt behandling og etter fem år. Vi mener disse er viktige å ta med da det kommer frem at familieterapi er den beste metoden for disse pasientene. Det kommer også frem av artikkene hvordan man jobber innunder familieterapi. Sykepleierens rolle blir å støtte opp om den beste behandlingen ved å hjelpe pasienten og dens familie og overføre dette til hverdagen. Etter 149 treff så vi av noen overskrifter at det var artikler vi kunne utelukke med en gang.

De fleste av artikkene vi har brukt som omhandler familieterapi er kvantitative.

Kvantitative studier er en god metode for å finne ut effekten av for eksempel en type behandling sammenlignet med en annen. I vårt tilfelle var det essensielt å jobbe ut i fra den behandlingen som har vist seg å fungere best. Dette fordi når man skal jobbe videre med en modell for hvordan sykepleiere kan brukes som et ledd i familieterapien så må det være den mest hensiktsmessige. Dersom familieterapi har vist seg å være den som gir best resultat så er det mest sannsynlig og mest korrekt at det er den som blir brukt i praksis. Vi

fant også en del kvalitative studier som gikk ut på hvilke erfaringer både pasient og sykepleiere hadde gjort seg under behandlingen. Disse ser vi som en absolutt nødvendighet å ta med i vår oppgave da dette må føres videre sammen med familierapien. Både pasienters og sykepleieres erfaringer og deres kritikk på godt og vondt er med til å videreutvikle kvaliteten i vårt yrke.

En av artiklene omhandlet pasientens syn på gitt sykepleie under behandlingen. Denne er kvalitativ. Når man skal ha frem opphevelser og personlige erfaringen er kvalitativ metode den mest hensiktsmessige. Vi ser att vi kunne søkt i flere databaser etter mer kvalitative artikler for å støtte opp under de vi hadde men pga tid ble ikke dette gjennomført da de kvalitative ble lagt til ganske sent i prosessen. En av artiklene hadde bare syv deltagere men da den var kvalitativ er dette i følge Malterud (2008) et tilfredsstillende antall deltagere .

Alle artikler som vi mente var relevant ble kvalitetsvurdert med sjekklister som vi hentet fra boken til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006). Kvalitetsbedømmingen Høy, medium, lav ble brukt.

Begge forfatterne har lest gjennom alle artiklene og diskutert de med hverandre. Dette for å se om vi tolker resultat og mening på samme måte og for å sikre at vi sitter igjen med det samme etter gjennomlesning.

Når vi kom til analysedelen av oppgaven så var det viktig å skille mellom analyse og tolkning. Selv om analyse og tolkning er tett sammenvevd er det to forskjellige måter å bearbeide informasjonen på. Analysen skal hjelpe oss til å finne ut hva det vi har fått vite, betyr. Det er en metode som går ut på å dele eller løse opp en helhet i mindre enheter eller deler. Tolkning handler om å forklare innholdet eller betydningen av noe (Dalland 2007). Samtidig med at vi prøver å danne oss et bilde av det ferdige produktet, er det viktig å foreta etiske overveielser. Selv om det i første rekke dreier seg om å få en eksamen, bør vi tenke igjennom hvem som kan ha nytte av det vi arbeider med. I vår studie ønsket vi å kartlegge hvordan sykepleieren kan brukes som et ledd i familierapien. Da vi også har artikler som omhandler pasienter og sykepleieres erfaring med arbeidet ønsker vi at resultatet skal kunne være til nytte for både sykepleieren selv og de øvrige det ett tverrfaglig team.

5.2 Resultatdiskusjon

Ved gjennomgang av resultatene i vår litteraturstudie var det noen tema som gikk igjen. Disse var knyttet til de største utfordringene og viktigste oppgavene sykepleieren får i møtet med disse pasientene. Herunder kom utfordringer knyttet til å jobbe tverrfaglig, utfordringer knyttet til å danne terapeutiske relasjoner samt viktigheten av tilstrekkelig og korrekt informasjon og veiledning gitt til foreldrene.

5.2.1 Utfordringer knyttet til å danne terapeutiske relasjoner

Det må skapes et tillitsforhold mellom pasienten og pleieren samtidig som det må være gjensidig respekt der. Et terapeutisk forhold mellom sykepleier, pasienten og noen ganger pasientens familie, er et dynamisk toveis gjensidig forhold. Sykepleiere er i en ypperlig posisjon til å opparbeide seg et sânt forhold til pasienten fordi det er hun som ser pasienten 24 timer i døgnet ved innleggelse. Vi mener salutogene faktorer som det å ha en betydningsfull andre person og tillitsfulle og intime relasjoner bidrar til å fremme pasientens helse.

Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på at sykepleie er en mellommenneskelig prosess som tar sikte på å hjelpe individet, herunder familien og samfunnet å forebygge lidelse, bære og eventuelt finne mening i lidelsen. For at sykepleieren skal kunne gjøre dette skal hun kommunisere intellektuelt og målrettet og bruke seg selv terapeutisk.

For at sykepleieren skal kunne legge grunnlaget for at familierapien skal fungere på en best mulig måte når familien blir utskrevet fra avdelingen, er det nødvendig å skape ett tillitsforhold til både pasienten og resten av familien. Det er viktig at sykepleieren kartlegger hvilke ressurser familien har, hvordan de er som familie, og hvordan de takler hverdagen på godt og vondt (Thune-Larsen og Vrabel 2004).

I studien til Ramjan (2003) beskriver sykepleiere vanskeligheter med å danne et terapeutisk forhold med pasienter som lider av AN. Vanskeligheten med å forstå pasienten kommer av at det er en kompleks diagnose og vanskelig rehabiliteringsprosess. Det oppstår en maktkamp mellom sykepleieren og pasienten, og gjensidig mistillit kan utvikle seg på grunn av dette. Videre skrives det at for å kunne etablere ett terapeutisk forhold med pasienten, er det nødvendig at sykepleieren innehar store kommunikasjonsevner og er i stand til å bygge opp tillitt hos pasienten. Det kommer også frem i denne studien at etableringen av ett terapeutisk forhold er en viktig faktor i arbeidet med denne

pasientgruppen. Uten denne relasjonen kan behandlingen og rehabiliteringen av pasienten bli unødvendig vanskelig og forlenget. Akkurat det samme kommer fram i Joyce Travelbees sykepleieteori. Hennes sykepleiedefinisjon er velkjent og allment akseptert, og hun mener at ett menneske til menneske forhold skjer gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser. Disse fasene som består av det innledende møte med pasienten, framveksten av identiteter både hos sykepleier og pasient, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen 2000). Vi mener at denne menneske til menneske relasjonen er ikke noe sykepleieren bare må skape mellom seg selv og pasienten, men også mellom seg og foreldrene, og mellom pasienten og foreldrene. Forholdet mellom pasienten og foreldrene har vært gjennom tøffe påkjenninger før de kommer til avdelingen, og det er viktig å få ryddet opp i forholdet dem i mellom om det skal være mulighet for å få fortsatt positiv effekt av behandlingen etter at pasienten forlater avdelingen. Sykepleieren skal også danne et forhold til foreldrene. Det er viktig også her å skape tillit og trygghet da også de er en del av dette og trenger hjelp og støtte. I følge Travelbee`s teori om sykepleie i Kristoffersen (2000), kan ikke sykepleieren gi fullt ut god pleie dersom hun ikke klarer å sette seg inn i pasientens situasjon. For å kunne gjøre dette må hun ha kunnskap om sykdommen, behandlingen og ikke minst personen det gjelder. En sykepleier må ha evnen til å sette sine egne problemer er sitt eget liv til side mens hun er på jobb, og ha fokuset på pasienten for å kunne hjelpe henne på en best mulig måte. Det er litt urovekkende å lese at i en studie av Ramjan (2003) hadde flere av sykepleierne en innstilling om at ”Pasientene har gjort dette mot seg selv, og derfor kunne de bare gjøre seg selv friske.” De opplevde frustrasjon, var skeptiske og pessimistiske med tanke på at pasientene deres skulle bli helt friske. De så på denne type behandling som bortkastet tid, og ville heller bruke mer tid på andre typer sykepleie som hadde høyere status på sykehuset. Vi mener at slike holdninger er uheldige og at de kommer på grunn av for lite kunnskap om sykdommen. For praksis betyr dette at sykepleiere trenger mere kunnskap for å kunne gi den mest hensiktsfulle behandlingen av denne gruppen pasienter. I praksis kan man også relatere dette til andre pasientgrupper med psykiske lidelser. Dette er også oppsiktsvekkende med tanke på det som kommer fram i en annen studie hvor det er forsket på pasientperspektivet av behandling av AN. I studien av Van Ommen et al. (2008) kom det fram at pasientene var svært avhengige av tilstedeværelsen av sykepleierne spesielt under måltidssituasjoner. Den fysiske tilstedeværelsen av sykepleierne var nødvendig for at pasientene skulle kunne bygge opp ett normalt måltidsmønster igjen. Videre i studien kom det frem at ett viktig element i behandlingen var den konstante

strømmen av informasjon som sykepleierne kom med angående sykdommen. Og det var spesielt verdifullt for pasientene og hele tiden får høre om de fysiske konsekvensene det hadde å være ekstremt undervektig. Pasientene var nå på ett stadium i sykdommen sin at de utelukkende så de positive effektene av sykdommen, å ha en tynn kropp. De var avhengige av sykepleierne for å forstå hvilke uønskede konsekvenser sykdommen hadde på kroppen deres, og at de faktisk kunne dø dersom de ikke tok dette på alvor. Samtidig som det er viktig for pasientene å ha sykepleiere rundt seg som er konsekvente, kan det noen ganger føles vanskelig for pleieren å vite at det hun gjør er riktig. Det kan også være vanskelig å være konsekvent på en avdeling hvor det er mange forskjellige pleiere som jobber med den samme pasienten. Vi mener da at holdninger om at pasienten selv har skyld i dette blir destruktive og må ikke forekomme.

I studien til Reid-Seal et al.(2008) sier sykepleierne at det ofte var snakk om grensesetting for psykisk syke barn i vaktskiftet, og at dette ofte førte til at grensene for pasienten ofte var ulike fra vakt til vakt, avhengig av hvilke sykepleiere som var på jobb.

Manipulering

I flere av artiklene vi brukte til vår litteraturstudie kom det frem at sykepleiere observerte manipulasjon fra pasientene. Vi skal ikke bestemt si at dette gjelder alle pasienter i denne gruppen men da det går igjen i flere av studiene vil vi allikevel fremheve det da det er viktig for sykepleieren å ha dette i bakhodet i arbeidet med pasienten.

Følgende har skjedd flere ganger- og kan unngås ved å ta veiingen bort fra hjemmet. En anorektisk jente går i poliklinisk behandling. Alle vet at hun ved en viss vekt vil bli innlagt i sykehus. Dette vil hun unngå for enhver pris. Moren veier henne. Ved den avtalte nedre vektgrensen truer datteren med selvmord om moren oppgir den korrekte vekten slik at hun blir innlagt ved sykehus. Moren føler seg i en umulig situasjon, presset av død på begge kanter. Hun lar seg presse til å lyve på vekten, i håp om at den er noe høyere neste gang(Skårderud 2007:144)

I følge studien Reid-Searl et al.(2009) reagerer sykepleiere på at de observasjoner de gjør av pasienten gjennom hele døgnet, ikke blir tatt på alvor. Det viser seg at selv om sykepleiere dokumenterer at pasienten er apatisk og trist gjennom hele døgnet, kan terapeuten få en helt annen oppfatning av henne etter en time med terapi, fordi pasienten ikke viser sitt sanne jeg under disse samtalene. Dette funnet viser ikke bare at det er rom

for forbedringer i forhold til det tverrfaglige samarbeidet, noe vi vil komme tilbake til senere men også at pasienten kan være manipulerende for å dekke over sin egen sykdom. I følge Hummelvoll (2004) er det viktig å konsekvent gi den samme informasjonen til foreldrene, som det pasienten får. Dette er fordi at pasienten høyst trolig vil komme til å klage over at sykepleiere og annet personell er ufølsomme, straffende og harde, og at hun derfor vil be familien om å få komme hjem. Dette er også en slags sikkerhet for oss sykepleiere som på denne måten kan sikre oss at pasienten ikke kan lyve og få foreldrene til å tro at sykepleierne ikke vil det beste for pasienten. Det kan også ha uheldige konsekvenser på flere måter for sykepleieren om noe sånt skulle skje da det i studien til Ramjan (2004) kommer det fram at sykepleiere som ble utsatt for manipulasjon fra pasientene, følte at de ble ført bak lyset, sviktet, og at de mislyktes i sin jobb. I praksis mener vi at dette kan føre til problemer med å danne et terapeutisk forhold med pasienten. Dette kan gjøre prosessen med å danne et terapeutisk forhold vanskelig fordi man som sykepleier kanskje ikke føler at man ikke slipper inn til pasienten og derav kjenner på sin egen utilstrekkelighet. Vi mener at tilstrekkelig kunnskap om sykdommen vil hjelpe sykepleieren både til å være forberedt og til å kjenne seg tryggere i slike situasjoner. Dette er følelser som familien også kan komme til å slite med når pasienten kommer hjem. Derfor er det viktig at foreldrene, før utskrivingen av pasienten, har fått god informasjon om at manipulasjon kan forekomme og at de til tross for dette føler seg trygge på å videreføre det samme konsekvente arbeidet som ble gjennomført ved barneavdelingen. I følge Reid-Searl et al. (2009) blir familien etter hjemkomst de viktigste observatørene av barnets fysiske og psykiske tilstand, og det blir da deres jobb å videreformidle dette til terapeuten under familieterapien. Vi mener at de må derfor gjøres oppmerksomme på at pasienten kan manipulere til å tro at hun er friskere enn det hun er, og dette kan være noe enkelte pasienter med AN kan ha lang erfaring med fra før de fikk behandling.

5.2.2 Informasjon og veiledning av foreldre.

Behandlinger som er basert på familieterapi har som mål å redusere de negative interaksjonene mellom familiemedlemmene, som kan bidra til psykiske lidelser hos barn og ungdommer. Det er også ett mål med familieterapien å styrke interaksjonene i familien som kan beskytte mot disse lidelsene. Forholdene innad i familien kan ha både positive og

negative innvirkninger på ett barns utvikling, både psykisk, fysisk, og psykososial. Det er viktig for behandlingen av pasienten at pasienten knytter bånd til familien sin, at foreldrene er klare og tydelige på måten de oppdrar sine barn (Diamond og Josephson 2005). Dette funnet mener vi viser oss som sykepleiere at vi må være med på å styrke båndene og fremme de positive egenskapene i familien. Det er også i tråd med Antonovskys teori om den salutogene tenkning. Det å fokusere på de tingene i pasientens liv som gjør at hun kan bli frisk, og ikke på de som sykliggjør henne. Det er viktig å forklare pasienten at hun er en person som er unik, og at sykdommen ikke definerer henne som person. Det er ikke bare det som skjer i terapitimene som har betydning for bedringsprosessen men vi kan også bygge videre på dette. Vi vet nå at så lenge pasienten befinner seg i avdelingen, har hun personale som passer på seg døgnet rundt. Sykepleieren serverer mat, observerer måltid, og sørger for at hennes aktivitetsnivå er på et normalt nivå slik at pasienten ikke skal kunne fortsette med sitt destruktive treningsmønster som hun har hatt tidligere. Når pasienten da skal bo hjemme igjen og foreldrene skal ta over denne rollen kan det bli litt vanskeligere. Det er ikke sikkert foreldrene er tilstede hele døgnet og de er heller ikke våkne hele døgnet. Her kan det komme tilbakefall som man må være obs på.

Sette Grenser

I følge studien til Paulson-Karlson, Nevenon og Engström (2006) sier 40 % av pasientene som deltok at de i utgangspunktet ikke ville ha behandling. Dette er det viktig å huske på i jobben videre, både for sykepleiere og foreldre. Dette kan ha sammenheng med at det i følge Hummelvold (2004) kan pasienter med anoreksi ha en defekt virkelighetsoppfatning, og føler seg ofte styrt av andre.

Et viktig fenomen i ungdomsårene er å teste grenser og å gjøre seg mer uavhengig av familien. De skaper sin egen selvstendige identitet og danner relasjoner og verdier utenfor familien. Denne gradvise prosessen blir forsinket av spiseforstyrrelsene når foreldre må inn å ta over deler av barnets autonomi (Paulson-Karlson, Nevenon og Engström 2006). Foreldre må sette grensene for barnets aktivitetsnivå og følge med under og etter måltid for å sørge for at barnet får i seg nok energi og holder på den. Vi mener derfor at det er viktig at foreldrene har god kunnskap i hvordan de skal sette disse grensene. Vi må huske på at

foreldre kan føle at de går mange steg tilbake i barnets utvikling når de igjen må sette grenser i forhold til mat og aktivitet.

Noe av det samme kommer frem i studien til Lock et al. (2006) der det skrives at i en familie med en tenåring som lider av en spiseforstyrrelse vil det ikke lengre være naturlig å bare sette grenser for hvor lenge hun kan være ute om kveldene, eller hvem hun skal ha lov til å ha som sine venner. Foreldrene må også inn å sette strenge grenser og overvåke i forhold til måltid og aktivitetsnivå. Denne gradvise prosessen mellom foreldre og tenåringen blir forsinket av spiseforstyrrelsene når foreldrene må ta full kontroll over situasjonen på denne måten. Vi tror at dersom foreldre sitter inne med de rette kunnskapene om hvorfor og hvordan går det lettere. I følge LeGrange, Binford og Loeb (2006) er det viktig at foreldrene har fått veiledning fra sykepleierne og personalet på sykehuset om at de ikke skal gå inn i diskusjoner med barnet sitt om temaer som angår mat, spisesituasjoner og trening. Selv om det er en påkjenning for foreldre å ta fullstendig kontroll over sitt barns liv, er det viktig å minne dem på at det er en midlertidig situasjon, og at kontrollen etter hvert som sykdommen bedrer seg, vil gradvis bli gitt tilbake til barnet.

Vi mener det er viktig å ha etablert gode holdninger hos både pasient og pårørende i forhold til veien videre når pasienten skrives ut av avdelingen. Det er en stor overgang å komme fra sykehusets faste rutiner med full fokus på pasienten til å komme hjem til en travel hverdag der mange andre momenter skal inn i tillegg. Denne overgangen kan bli lettere når både pasienten og familien er forberedt og vet hvilke grenser man skal sette og hva man skal være obs på. Gjennom god informasjon og veiledning kan sykepleieren være med å bidra til at denne overgangen skal gå så smertefritt som mulig. I følge studiene til Schmidt et al. (2007) og Van Ommen et al. (2008) kan dette gjøres ved for eksempel å involvere familien i måltidsituasjoner. Begge studiene understreker også at de som skal overta ansvaret for barnet også må fortsette å formidle farene ved sykdommen og gi informasjon til barnet om hva som er rett og galt å spise. Dette blir en rolle de overtar fra sykepleieren. Sykepleieren må oppmuntre foreldrene til og hele tiden være konsekvente, og huske på at dette er en forbigående fase. Ingen av forfatterne av denne studien har erfaring med denne pasientgruppen fra praksis. Men om vi sammenligner med andre pasientgrupper som for eksempel barn med diabetes er involvering av foreldre en selvfølge. Foreldre er på sykehuset og lærer hvordan de skal motivere og støtte barnet til å

passer på og måle blodsukker og sette insulin. Vi mener det er like viktig for foreldre i denne pasientgruppen å lære hvordan de skal håndtere situasjonen.

Behandlinger som er basert på familierapi har som mål å redusere de negative interaksjonene mellom familiemedlemmene, som kan bidra til psykiske lidelser hos barn og ungdommer. Det er også ett mål med familierapien å styrke interaksjonene i familien som kan beskytte mot disse lidelsene. Forholdene innad i familien kan ha både positive og negative innvirkninger på ett barns utvikling, både psykisk, fysisk, og psykososial. Det er viktig for behandlingen av pasienten at pasienten knytter bånd til familien sin, at foreldrene er klare og tydelige på måten de oppdrar sine barn (Diamond og Josephson 2005).

I studien til Snell, Crowe og Jordan (2010) viser det seg at en av de tingene pasienten føler de trenger rundt seg, er sterke personer som er trygge på den oppgaven de har med å hjelpe pasienten. Vi mener det blir en viktig oppgave for sykepleieren å styrke foreldrenes kunnskapsnivå slik at de føler seg trygge når pasienten skal bo hjemme igjen. Pasienten er i en stresset situasjon selv, og det siste hun trenger er at foreldrene selv bukker under for stress. Man bør nok være ganske selvsikker i hva man gjør, slik at barnet kan føle seg tryggere.

5.2.3 utfordringer knyttet til å jobbe tverrfaglig.

Tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål. Dette kan best skje ved en fleksibel samordning av ulike typer kompetanse. Resultatet forventes å bli bedre enn om hver og en løste hver sin del av oppgaven hver for seg. (Bredland, Linge og Vik 2002, 162).

Av erfaring vet vi at det er sykepleieren som ser pasienten mest ved en innleggelse. Derfor er det viktig med godt tverrfaglig samarbeid og god dokumentasjon slik at terapeuten ser mer enn bare de få timene de er i terapi. Det kom også frem i studien av Reid-Searl et al. (2009) at sykepleiere ønsket ett tettere tverrfaglig samarbeid for å sikre pasienten mer kontinuitet i pleien. De ble ikke konsultert når disse barna ble lagt inn på avdelingen og følte dermed de ikke var forberedt nok til å ta imot eller hadde de rette ressursene tilgjengelig. De ønsker derfor de skulle ha mer de skulle sagt når disse pasientene ble lagt

inn. I følge Bredland , Linge og Vik (2002) er rehabilitering en sammensatt og helhetlig prosess hvor det er umulig å se helheten fra ett ståsted. Dermed forutsetter rehabilitering tverrfaglig samarbeid. Vi mener disse pasientene har behov for et tverrfaglig team som samarbeider godt og at det derfor er viktig at sykepleieren blant annet er godt forberedt når pasienten kommer til avdelingen. Vi vet av erfaring at Sykepleiere reagerer på at de observasjoner de gjør av pasienten gjennom hele døgnet, ikke blir tatt på alvor. Det viser seg at selv om sykepleiere dokumenterer at pasienten er apatisk og trist gjennom hele døgnet, kan terapeuten få en helt annen oppfatning av henne etter en time med terapi, fordi pasienten ikke viser sitt sanne jeg under disse samtalene, og det samme kommer fram i studien til Reid-Searl et al.(2009). Dette bør være et viktig fokus i praksis. Viktige observasjoner som sykepleieren gjør må tas på alvor og følges opp på rett måte. Under vår tid i praksis på både sykehus og andre plasser fikk vi erfaring med å jobbe tverrfaglig. Vi så at sykepleieren som naturlig nok tilbringer mye tid med pasienten sitter inne med mye informasjon som er til nytte for videre behandling. Hvordan reagerer pasienten på iverksatte tiltak? Har tiltakene tilstrekkelig effekt? Tilrettelegging av hjemreise og tiden etter. Skal pasienten ha hjemmesykepleie og hvilken oppfølging skal pasienten ha etter hjemkomst. Har foreldre rettigheter på stønader dersom de må være borte fra jobb? Dette er det viktig at vi som sykepleiere har nok kunnskap om, og et godt tverrfaglig samarbeid er nødvendig for at pasienten skal ha ett best mulig utgangspunkt for å kunne bli helt frisk. På NAV's hjemmeside står det at ifølge folketrygdeloven kap 9 kan foreldre motta pleiepengen når barnet er innlagt i helseinstitusjon eller er behandlet poliklinisk, når barnet trenger kontinuerlig tilsyn og pleie. At sykepleieren har kjennskap til slike rettigheter er med på å sikre pasient og pårørende det de har krav på og som kan gjøre det lettere for dem å legge fra seg bekymringer rundt for eksempel en vanskelig situasjon økonomisk.

I praksis ute i psykiatrien har vi også hørt om at i forhold til disse pasientene er det også muligheter for å få utarbeidet en individuell plan. Det er viktig å tenke på at dette kan lette hverdagen for familien betraktelig, og om de ikke er klare over dette tilbudet, er det vår oppgave som sykepleier å informere om dette, og kanskje hjelpe til med søkeprosessen. Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. I følge helsedirektoratet skal planen være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det skal til

enhver tid være en tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakt med brukeren og koordinering mellom dem som yter tjenester til brukeren. Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet (www.helsedirektoratet.no).

6. 0 Konklusjon

Diagnosen AN krever en omfattende og kompleks behandling. Studien vår viser ikke bare hvor viktig det er å involvere familien og at dette er den mest fordelaktige måten å jobbe på, men også hvordan man som sykepleier kan støtte opp om dette. Det er viktig å danne en terapeutisk relasjon med både pasient og foreldre for å kunne jobbe med de på best mulig måte. Det er viktig å involvere og undervise foreldre for at de skal kunne ha tro på at de kan fortsette å hjelpe barnet sitt etter at de kommer hjem. Ungdommen er avhengig av å ha personer rundt seg som er sterke og har tro på seg selv. Når man jobber tverrfaglig må informasjonen mellom alle parter være nøye og tilstrekkelig alle veier. I vår studie kommer det fram at selv om sykepleiere dokumenterer hvordan pasienten har det, ble ikke denne dokumentasjonen verdsatt av de andre i det tverrfaglige teamet. Det er ikke bare nok å dokumentere, men den må også følges opp på riktig måte. Informasjon og kunnskap er viktige nøkkelord for sykepleieren å huske på når man jobber med familien. Sykepleieren må dele sin kunnskap med de som skal overta ansvaret etter at innleggelsen er over. Dette for at behandlingen skal fungere tilfredsstillende videre. Det kom også frem at sykepleiere trenger bredere kunnskap om behandlingen av barn med psykiske problemer for å kunne gi bedre omsorg. Det er også viktig at sykepleieren har de rette holdninger i arbeidet med denne type pasienter, og at de er tålmodige. Det å få en pasient med AN frisk, er en prosess som er tidkrevende, samtidig som det må være en felles forståelse fra alle rundt pasienten at det kan komme tilbakefall underveis. Den beste måten sykepleieren kan hjelpe og støtte foreldrene på, er å gi informasjon, veilede, undervise og hjelpe dem til å få troen på seg selv.

For fremtidig forskning kunne vi tenkt oss og sett at familieterapi og sykepleie kombineres. Vi kunne også ønsket oss mer forskning på sykepleierens erfaringer med det å jobbe i tverrfaglige team. Vi fant ingen studier som omhandlet sykepleierens rolle der familieterapi er en viktig del av behandlingen. Da dette er en form for behandling som brukes mer og mer er det klart at sykepleiere trenger gode ferdigheter og kunnskap innenfor feltet. Siden det er en voksende interesse for arbeid med familien hos pasienter med denne type lidelse, er det nødvendig med flere undersøkelser for å undersøke effekten av behandling som involverer hele familien.

Litteraturliste

- Bredlang, Ebba Langum, Oddrun Anita Linge og Kjersti Vik. 2005. *Det handler om verdighet. - ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Gyldendal Norsk forlag AS.
- Dalland Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal akademiske.
- Diamond Guy og Allan Josephson. 2005. Family-Based treatment research: a 10 year update. *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry* 44:9.
- Egidius, Henry. 2008. *Psykologileksikon*. Achehoug & Co.
- Folketrygdeloven (sist endret 16.06.2009). Kapittel 9: Stønad ved barns og andre nære pårørendes sykdom. www.nav.no (lest 23.03.2010).
- Frostad S, Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser. 2004. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2004; 124:2121-5
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2004. *Helt, ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norsk forlag.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2000. *Generell Sykepleie 1*. Universitetsforlaget.
- Le Grange, Daniel, Roslyn Binford og Katharine Loeb. 2005. Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: a case series. *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*. 44:1
- Lock, James, Jennifer Couturier og Stewart Agras. 2006. Comparasion of long term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *The American academy of child and adolescent psychiatry*. 45:6
- Lock, James, Daniel LeGrange, Sarah Forsberg og Kristen Hewell. 2006. Is family therapy

useful for treating children with anorexia nervosa? Result of a case series. *Journal of American Academy of child and adolescent psychiatry*. 45:11

Loeb, Katharine, Timothy Walsh, James Lock, Daniel leGrange, Jennifer Jones, Sue Marcus, James Weaver og Ilyse Dobrow. 2007. Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: Evidence of successful dissemination. *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*, 46:7

Moesmand, Anna M, Kjøllesdal Astrid .2004. *Å være akutt kritisk syk. Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Gyldendal norsk forlag AS.

Nortvedt, Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv M Reinar. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund.

Pasientrettighetsloven §2-5, Lov om kommunehelsetjeneste § 6-2a, Lov om spesialisthelsetjeneste § 2-5, Lov om psykisk helsevern § 4-1, rett til individuell plan. www.lovdata.no www.NAV.no www.helsedirektoratet.no

Paulson-Karlsson, Gunilla, Lauri Nevonon og Ingemar Engström. 2006. Anorexia nervosa:treatment satisfaction. *Journal of family therapy*. 28:293-306.

Psykisk helsevernlov. 2007. Lov av 28 april 1961 nr. 2 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §4.4. www.lovdata.no psykisk helsevernlov (lest 19.02.2010).

Ramjan Lucie Michelle. 2004. Nurses and the “therapeutic relationship”:caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of advanced Nursing* 45(5), 495-503.

Reid-Searl Kerry, T. Dwyer, B. Happell , L. Moxham, J. Kahl, J. Morris og N. Wheatland .2009. Caring for children with complex emotional and psychological disorders: experiences of nurses in a rural paediatric unit. *Journal of clinical nursing*, 18, 3441-3449

- Rosenvinge JH, W. Vandereycken. 1994. Early descriptions of eating disorders in the Norwegian medical literature. *Acta Paedopsych 1994; 56: 279–281.*
- Sim Leslie A, Christine Sadowski, Stephen Whiteside og Lloyd Wells. 2004. Family-Based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Mayo clinic proceedings, ProQuest Medical library.* 2004;79(10):1305-1308.
- Snell Lynlee, Marie Crowe, Jenny Jordan. 2009 Maintaining a therapeutic connection: Nursing
In an inpatient eating disorder unit. *Journal of clinical Nursing 19, 351-358.*
- Skårderud Finn. 2007. *Sterk/Svak, håndboken om spiseforstyrrelser.* Aschehoug psykologi.
- Thune-Larsen Kari-Brith og K.Vrabel. 2004. Spiseforstyrrelser- Hvordan arbeide med familien? *Tidsskrift for den Norske Legerforening* nr 17 2004; 124: 2254-2257.
- Tveiten Sissel. 2006. *Barnesykepleie.* Gyldendal Norsk Forlag.
- VanOmmen Joyce, Esther Meerwijk, Marijke Kars, Annemarie VanElburg og Berno VanMeijel. 2008. Effective Nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients perspective. *Journal of Clinical Nursing 18, 2801-2808.*
- Willman Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad Omvårdnad- en bro mellan forskning og klinisk verksamhet.* Forfattarna och Studentlitteratur.

Forfatter/år/ Tittel/tidsskrift	Hensikt	Type studie	Utvalg	Metode	Resultat	Kvalitet
LeGrange Daniel, R Binford, K Loeb. 2005. manualized Family-Based treatment for Anorexia Nervosa:A case series. <i>J.Am.Acad.Child adolescent psychiatry</i> , 44:1 januar 2005.	Å beskrive forløpet og resultat hos en gruppe med barn og ungdom som mottok behandling I form av familierapi for deres AN-diagnose.	Kvantitativ	45 jenter i alderen 9-18 år med diagnosen anorexia nervosa, med en gjennomsnittlig BMI på 16.9. Pasientene hadde i gjennomsnitt vært syke i 14,3 mnd. I hovedsak bestod utvalget av hvite jenter som var i intakte familier. 6 ble ekskludert underveis i studien.	45 pasienter med anorexia nervosa ble sammenlignet før og etter behandling med familierapi. Det som ble målt var vekt og menstruasjonsstatus.	Funnene gir foreløpig støtte for en poliklinisk tilnærming dersom foreldrene får delta aktivt i behandlingen.	Medium
Lock James, Jennifer Couturier og Stewart Agras. 2006. Comparison of Longterm outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. <i>Journal of american academy of child and adolescent psychiatry</i> 45;6	Å sammenligne effekten av kort versus lang behandlingstid med familierapi.	Kvantitativ.	86 pasienter med anoreksia i alderen 12-18 år.	Alle pasientene ble fulgt opp mens de gjennomgikk familierapi i 6 eller 12 mnd.	Det viste seg at behandling med familierapi i 6 mnd var like effektiv som behandling i 12 mnd, og at begge gruppene hadde like store muligheter for å bli helt friske.	Medium
Lock James mfl.2006. Is family therapy useful for treating children with anorexia nervosa? Results of a case series. <i>J.AM.ACAD.CHILD ADOLESC.PSYCHIATRY</i> , 45:11, NOVEMBER 2006.	Forskning påstår at familierapi er en effektiv behandling for ungdommer med anorexia. Denne studien var designet for å finne ut om det var like effektivt for yngre barn med anorexia nervosa.	Kvantitativ studie. Beskrivelse av en rekke kasus.	32 unge i alderen 9-13 år.	Resultatene fra denne studien ble sammenlignet med en RCT studie gjort på ungdommers respons på behandling med familierapi. Det ble fulgt samme behandling som i artikkelen: Loeb Katharine mfl. (2007) Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: Evidence of successful dissemination.	Barna i studien la på seg I gjennomsnitt 6,8 kilo I løpet av den i gjennomsnitt 9 mnd lange behandlingsperioden. Bare 4 av deltakerne i studien måtte legges inn på sykehus under behandlingen.	Medium

<p>Loeb Katharine m.fl . 2007. Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: Evidence of successful dissemination</p>	<p>Denne studien ønsket å undersøke gjennomførbarheten og effektiviteten av familie terapi.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>30 kvinner og menn skulle opprinnelig være med. 10 ble avvist før studiens start, og 5 falt fra underveis. Studien bygger på resultatene fra 15 pasienter i aldersgruppen 12-17 år.</p>	<p>Pasientene ble fulgt opp poliklinisk i 12 mnd gjennom 3 faser. Fase 1: foreldre ble engasjert til å ta kontroll over barnas vekt, myndiggjøring av foreldre. Fase2: vektøkningen er i gang og motstanden til behandling har minsket hos pasienten. Mer ansvar hos pasienten. Fase3: Når pasienten spiser uavhengig av foreldrenes kontroll.</p>	<p>Etter endt behandling hadde alle pasientene økt vekten sin betraktelig uten å bli innlagt i sykehus. Og menstruasjonen hadde kommet tilbake hos et økt antall av pasientene.</p>	<p>Medium</p>
<p>Paulson- Karlsson Gunilla, Lauri Nevenon og Ingemar Engstøm. 2006. Anorexia nervosa: Treatment satisfaction. Journal of Family Therapy 28.</p>	<p>Hensikten med studiet var å utforske unge anorektiske pasienters og deres foreldres forventninger og tilfredsstillelse med behandlingen. Behandlingen var Familierapi delt inn i tre deler. Individuell terapi for både foreldre og barn og terapi med hele familien samlet.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>32 pasienter og 41 foreldre. Pasientgruppen i en alder på 13-18.</p>	<p>Pasienter og deres foreldre fikk spørreskjema før og etter behandlingen. Spørreskjemaene omhandlet hvilke forventninger de hadde, hvor fornøyd de var med terapeuten og behandlingen, samt utfallet.</p>	<p>Familie basert behandling der individuell terapi for både pasient og foreldre kombineres med terapi der hele familien er med samtidig.</p>	<p>Høy</p>

<p>Ramjan Lucie Michelle .2003. Nurses and the therapeutic relationship for adolescents with anorexia nervosa. <i>Journal of advanced Nursing</i> 45(5),495-503</p>	<p>Formålet med denne studien var å samle ny data om utviklingen av et terapeutisk forhold mellom sykepleiere og pasienter med anorexia nervosa. Senere modifisert til å utforske vanskelighetene og hinder som kom i veien for å danne et slikt forhold.</p>	<p>En kvalitativ studie gjort med intervjuer av 10 sykepleiere.</p>	<p>10 sykepleiere ansatt ved pediatrike avdelinger med minst to års erfaring med behandling av ungdommer med anorexia nervosa.</p>	<p>Alle de 10 sykepleierne ble intervjuet ved bruk av semistrukturerte intervjuer, som ble tatt opp på bånd, og senere analysert både manuelt og ved hjelp av "the NUD*IST programvare.</p>	<p>Det var 3 temaer som gikk igjen hos sykepleierne; 1)de hadde problemer med å forstå den komplekse sykdommen som anorexia er. 2) Manipulering fra pasientene gjorde det vanskelig å få kontroll over situasjonen. 3) Problemer med å skape et terapeutisk forhold i et klinisk miljø.</p>	<p>Medium</p>
<p>Scmidt Ulrike M.fl .2007. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior guided self-care for adolescents with Bulimia Nervosa and related disorders.<i>AM J Psykiatry</i>; 164:591-598.</p>	<p>Å finne ut om familierapi eller Kognitiv adferdsterapi var mest effektivt for pasienter både med bulimi og andre relaterte sykdommer. Dette gjaldt både helsemessig for pasienten, og kostnadmessig for behandlingsstedet.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>85 deltagere, hvor 41 ble behandlet med familierapi og 44 med kognitiv adferdsterapi.</p>	<p>En gruppe som har gjennomgått familierapi sine resultater ble sammenlignet med en gruppe som hadde mottatt individuell veiledningsterapi. 23 terapeuter med forskjellig bakgrunn var med. Alle øktene med familierapi ble filmet, mens øktene med individuell terapi ble dokumentert med lydopptak, slik at de kunne analyseres individuelt.</p>	<p>Etter 6 mnd hadde den gruppen som hadde fått kognitiv adferdsterapi redusert overspisingen sin i større grad enn de som hadde deltatt i familierapi. Etter 12 mnd hadde forskjellene i de to gruppene forsvunnet, og begge terapiformer hadde like stor effektivitet, mens kognitiv adferdsterapi var den billigste behandlingsformen.</p>	<p>Høy</p>

<p>Searl, Kerry Reid, m.fl. 2009. Caring for children with complex emotional and psychological disorders: experiences of nurses in a rural paediatric unit. <i>Journal of clinical nursing</i>, 18.2009</p>	<p>Å undersøke sykepleieres erfaringer i å ha omsorg for barn med psykiske problemer og å identifisere strategier for å forbedre behandlingen av disse barna.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p>	<p>20 sykepleiere ansatt på pediatrik enhet.</p>	<p>Fokusgrupper og intervjuer ble gjennomført hos alt helsepersonell(20 stk) som jobbet på en pediatrik enhet. Transkripsjoner fra intervjuene ble analysert for å identifisere de viktigste temaene.</p>	<p>To hovedtema fremkom fra dataanalysen: 1) Rolle forberedelser og tilstrekkelighet. 2) Mangel på støtte og ressurser.</p>	<p>Høy</p>
<p>Sim Leslie mfl. 2004. Family based treatment for adolescents with anorexia nervosa. <i>Mayo Clinic Proc</i> 2004;79 (10):1305-1308. <i>Pro Quest Medical Library</i></p>	<p>Å finne ut om større involvering av familien og bruk av familierterapi ga bedre resultat hos pasienter der det ikke hadde lyktes med tradisjonell terapi.</p>	<p>Kvantitativ. Beskrivelse av en rekke kasus.</p>	<p>En gutt 13 år og en jente på 18 med AN som ikke hadde gode resultat etter tradisjonell terapi.</p>	<p>Deltagernes vekt ble kontrollert før, under og etter gjennomgått behandling av familiebasert terapi.</p>	<p>I disse tilfellene lyktes det med mer involvering av familien der hvor tradisjonell behandling ikke hadde lyktes. Begge barna gikk opp i vekt. Kortere behandlingstid og reduserte kostnader.</p>	<p>Medium/lav</p>
<p>Snell Lynlee, M. Crowe, J. Jordan. 2009. Maintaining a therapeutic connection: Nursing in an inpatient eating disorder unit. <i>Journal of clinical Nursing</i> 19, 351-358</p>	<p>Å undersøke, og teoretisere erfaringer sykepleiere hadde med å utvikle et terapeutisk forhold til pasienter innlagt med spiseforstyrrelser.</p>	<p>Kvalitativ.</p>	<p>7 sykepleiere i alderen 30-50 år, med en gjennomsnittserfaring på 4 år.</p>	<p>Alle sykepleierne ble intervjuet, og studien fikk etisk godkjenning av etikk komiteen av universitetet i Otago.</p>	<p>Pasientene verdsatte et godt terapeutisk forhold i behandlingen høyt. Det ble konkludert med at å behandle pasienter med anoreksi er en kompleks opplevelse, og det trengs spesielle kvalifikasjoner for å kunne jobbe best mulig med disse pasientene.</p>	<p>Høy</p>

<p>Van Ommen Joyce, Meerwijk E. Van Elbourg A. Van Meijel B. (2008) Effective Nursing of adolescents with anorexia nervosa:the patients perspective. <i>Journal of Clinical nursing</i> 18 2901-2808.</p>	<p>Å utvikle en modell utifra pasienten perspektiv, som sykepleiere kan bruke for å gi best mulig omsorg.</p>	<p>Kvalitativ.</p>	<p>13 ungdommer med diagnosen anorexia nervosa.</p>	<p>Alle ungdommene ble intervjuet for å samle data.</p>	<p>Deltagerne hevder at sykepleiere hadde en betydningsfull rolle under deres rehabilitering. Dette spesielt i forhold til normalisering, struktur og ansvar.</p>	<p>Medium</p>
--	---	--------------------	---	---	---	---------------