



Sundhedsprofessionelles praksiserfaringer med psykiatrisk behandling af unge med anorexia nervosa

En kvalitativ interviewundersøgelse

Jannie Lykke Stiller, Studienummer:
20203418

10. semester, Psykologi
Kandidatspeciale

Vejleder: Tanja Kirkegaard

Specialets samlede antal tegn (med
mellemrum & fodnoter): 167.975
Svarende til antal normalsider: 69,9

Aalborg Universitet
30. maj 2025

Abstract

Aim of the study

This thesis explores how healthcare professionals experience and manage the interplay between psychological treatment and the handling of acute somatic conditions in the psychiatric treatment of adolescents with anorexia nervosa (AN). Drawing on John Dewey's pragmatism and Theodore Schatzki's practice theory, this study conceptualizes clinical practice as situated, reflective, and relational.

Methodology and Theoretical Framework

The thesis is grounded in a qualitative research design, applying semi-structured interviews with five healthcare professionals from four disciplines: psychology, pedagogy, psychiatry/medicine, and nursing. The analysis follows a reflexive thematic approach, informed by inductive as well as abductive reasoning. The study is situated within a pragmatic epistemology, where knowledge is seen as contextually and relationally constructed. Furthermore Dewey's concepts such as meaning-making and indeterminate situations, alongside Schatzki's notions of practice logics and teleoaffective structures, were used to interpret how professionals navigate clinical complexity.

Main Findings

Three analytical themes were identified: 1) professionals' experiences with balancing somatic stabilization and psychological care by drawing on practical judgment and relational strategies tailored to individual patients; 2) emotional strain is managed through reflective understandings and collegial support, especially when coercion is required; 3) interdisciplinary collaboration includes both cooperation and tensions, where perceived hierarchies can challenge professional meaning-making and influence. The findings highlight that clinical decisions are not solely technical, but ethically and emotionally embedded in practice.

Discussion: Findings, Strengths, Bias, and Theoretical Reflection

A key strength of the study is its cross-professional perspective, which offers a nuanced view of interdisciplinary treatment practices. However, my background as a psychology student may have shaped interpretation and emphasis, raising potential bias in the weighting of perspectives. The combination of Dewey and Schatzki enabled a rich understanding of meaning-making and context-specific practices, yet the theories had limitations in addressing power relations and disciplinary hierarchies, suggesting a need to include perspectives on power dynamics.

Practical implications

This thesis contributes new insight into how healthcare professionals make sense of and act within the complex treatment of adolescent with AN. It shows how reflective and relational work underpins clinical action and calls for organizational structures that support integrated, emotionally aware, and ethically grounded care. The study broadens existing knowledge by highlighting how meaning is created and sustained in the tension between system demands, professional values, and patient relationships.

Conclusion

This thesis concludes that healthcare professionals navigate the complex interplay between somatic stabilization and psychological care through reflective, relational, and context-sensitive practices. Treatment is shaped not only by clinical guidelines but also by personal experience, emotional engagement, and interdisciplinary dynamics. The study highlights the need for organizational support that values integrated, collaborative, and ethically grounded care.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING.....	1
1.1 PROBLEMFELT	1
1.2 AFGRÆNSNING	3
1.3 SPECIALETS OPBYGNING.....	4
2. KLINISK FORSTÅELSE AF AN OG BEHANDLINGS-TILGANGE	5
2.1 ANOREXIA NERVOSA	6
2.1.1 Diagnosekriterier	6
2.1.2 Ætiologi.....	6
2.1.3 Komorbiditet og somatiske komplikationer	8
2.1.4 Epidemiologi	8
2.2 BEHANDLING AF ANOREXIA NERVOSA.....	9
2.2.1 FT og FBT.....	10
2.2.2 Mentaliseringsbaseret behandling	11
2.2.3 Kognitiv adfærdsterapi.....	12
2.2.4 Behandling via indlæggelse	13
3. STATE OF THE ART	14
3.1 LITTERATURSØGNING.....	14
3.2 LITTERATURGENNEMGANG	15
3.2.1 Patientperspektiver og behandlingsmål.....	15
3.2.2 Patienters oplevelser sammenholdt med sundhedsprofessionelles	16
3.2.2.1 Oplevelsen af tillidsfulde relationer i behandlingen	17
3.2.2.2 Motivation og modstand mod behandling.....	18
3.2.3 Forskelle i sundhedsprofessionelles perspektiver.....	19
3.2.3.1 Sygeplejerskers perspektiv.....	20
3.2.3.2 Sundhedsprofessionelles forståelser af lidelsen	21
3.3 LITTERATURENS RELEVANS FOR NÆRVÆRENDE UNDERSØGELSE	22
4. DEN TEORETISKE FORSTÅELESERAMME: PRAGMATISME OG PRAKSISTEORI.....	23

4.1 DEWEY: PRAGMATISME	23
4.2 SCHATZKI: PRAKSISTEORI	24
4.3 TEORIERNES SAMSPIL I SPECIALET.....	26
5. METODOLOGI OG METODE	27
5.1 PRAGMATISMEN SOM VIDENSKABSTEORETISK AFSÆT	28
5.2 METODISKE GREB I UNDERSØGELSEN	30
5.2.1 <i>Det kvalitative undersøgelsesdesign</i>	30
5.2.2 <i>Det semistrukturerede interview</i>	30
5.2.3 <i>Udformning af interviewguide</i>	31
5.2.4 <i>Inklusionskriterier for informanter</i>	32
5.2.5 <i>Præsentation af informanter</i>	33
5.2.6 <i>Transskribering</i>	33
5.3 ETISKE OVERVEJELSER	34
5.4 ANALYSEMETODE	35
5.4.1 <i>Refleksiv tematisk analyse</i>	35
5.4.2 <i>Den analytiske fremgangsmåde</i>	36
6. ANALYSE.....	39
6.1 TEMA 1: SUNDHEDSPROFESSIONELLES PRAKSISERFARINGER OG BEHANDLINGSSTRATEGIER	40
6.1.1 <i>At være indforstået med sengeafsnittets kontekst, rammer og formål</i>	41
6.1.1.1 Meningsskabelse og organisatoriske rammer	41
6.1.1.2 Intuitiv praksis og erfaring	42
6.1.1.3 Tvang og forældresamarbejde	44
6.1.2 <i>Strategier til relationsarbejde og motivation</i>	45
6.1.2.1 Relationel meningsskabelse i en grænseoverskridende praksis	45
6.1.2.2 At inddrage sig selv personligt.....	46
6.1.3 <i>Justering af behandlingsstrategier gennem praktisk dømmekraft og affektiv forståelse</i>	48
6.2 TEMA 2: SUNDHEDSPROFESSIONELLES ERFARINGER MED BELASTNING OG MESTRING I BEHANDLINGSROLLEN	50

6.2.1 Forståelse af lidelsens karakter og funktion	50
6.2.2 At forstå modstand som en ambivalens	53
6.2.3 At arbejde med forskellige lidelser som en præmis for praksis	54
6.3 TEMA 3: FAGPOSITIONER I DEN PSYKIATRISKE BEHANDLINGSKONTEKST	57
6.3.1 Forståelsen af terapeutisk arbejde med lavvægtige patienter	57
6.3.2 Rollefordeling og faglig forankring i behandlingsarbejdet	60
6.4 OPSUMMERING AF ANALYSEN	63
7. DISKUSSION	63
7.1 DISKUSSION AF SPECIALETS FUND	64
7.1.1 Sundhedsprofessionelles forudsætninger for at balancere kontekstens krav og patientbehov	64
7.1.2 Relationelt arbejde og tvangsinterventioner i behandlingspraksis.....	65
7.1.3 Praksis som et komplekst og krævende felt	66
7.2 METODISK DISKUSSION	66
7.2.1 Specialets kvalitet: styrker og svagheder	67
7.2.2 Forskerrollen: overvejelser om bias og rollebevidsthed i mødet med forskellige faggrupper	68
7.3 TEORIERNES FORKLARINGSKRAFT	70
7.3.1 Dewey: meningsskabelse i praksis	70
7.3.2 Schatzki: kontekst og praksislogikker	71
7.3.3 Perspektivering til magtforhold	72
7.4 IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS	73
8. KONKLUSION	74
9. REFERENCELISTE	77

Bilagsoversigt

Bilag 1: Poster til informantrekruttering

Bilag 2: Interviewguide

Bilag 3: Samtykkeerklæring + oplysningstekst

Bilag 4: Transskription af interview A (psykolog)

Bilag 5: Transskription af interview B (psykolog)

Bilag 6: Transskription af interview C (pædagog)

Bilag 7: Transskription af interview D (psykiater)

Bilag 8: Transskription af interview E (sygeplejerske)

1. Indledning

Antallet af unge diagnosticeret med anorexia nervosa (AN) er inden for de sidste 15 år fordoblet (Momentum.dk). Af disse tilfælde ses en stor overrepræsentation af unge piger, hvortil der gemmer sig et stort mørketal af udiagnosticerede lidende. AN er en lidelse, hvis prognose tegner et bekymrende billede, da kun omkring en tredjedel af unge med AN opnår længerevarende remission (Gorder et al., 2024). AN er ikke blot beskrevet som en af de sværeste lidelser at behandle (Chang et al., 2023), men har ligeledes den højeste dødelighedsrate og selvmordsrisiko blandt alle psykiatriske lidelser, foruden ANs betydelige somatiske komplikationer i svære tilfælde (Arcelus et al., 2011; Chesney, Goodwin & Fazel, 2014 if. Skowron et al., 2023). Disse komplikationer omfatter blandt andet hormonelle ubalancer forårsaget af underernæring, hvorunder langvarig østrogenmanglen kan resultere i varige skade af knoglevævets struktur, øget risiko for hjerte-kar-sygdomme samt langvarig eller kronisk amenoré, som kan nedsætte fertiliteten (Mantel & Hirschberg, 2023). Behandlingen af AN indebærer et komplekst samspil mellem somatiske og psykologiske interventioner. Livstruende tilstande kan kræve hurtige somatiske indgreb, men for hastige eller restriktive tiltag kan samtidig forstærke patienters modstand og hæmme den psykologiske indsats (Fuller et al., 2024).

I psykiatrisk regi varetages behandlingen af et tværfagligt team bestående af læger, psykologer, sygeplejersker, pædagoger, diætister m.fl. Disse skal hver især navigere i en rolle, hvor den psykologiske forandring skal forstås som delvist integreret i den somatiske stabilisering gennem adfærsændringer i form af strukturerede måltider samt afbrydelse af uhensigtsmæssige vaner og rutiner. Dette arbejde indebærer en opmærksomhed på patienternes motivation, som i disse tilfælde kan være udfordrende at frembringe i sundhedsprofessionelles forsøg på at fjerne de mønstre, som kan have udgjort en kontrol og tryghed for den unge (Treasure & Schmidt, 2001).

1.1 Problemfelt

I forskning om tidligere patienters oplevelser med behandling i psykiatrien udtrykker flere et ønske om at indtage en mere aktiv rolle i behandlingsforløbet. Her fremhæves det, at

følelsen af ansvar bidrager til mere positive oplevelser med måltider, som ofte beskrives som konfliktfyldte eller præget af afstand og frakobling (Long et al., 2012). Dertil har flere studier undersøgt forholdet mellem fysiske og psykologiske aspekter i behandlingen af AN (Colton & Pistrang, 2004; Offord et al., 2006; Tan et al., 2003; Tierney, 2008). Et kvalitativt studie viser, at tidligere patienter oplevede tab af identitetsfølelse, da behandlingen var præget af generaliserede behandlingsprogrammer og antagelser om lidelsen frem for individuelle behov. Ligeledes oplevede disse patienter, at det udpræget fokus på den somatiske stabilisering gennem vægtindhentning vægtede højere end deres psykologiske velbefindende (Offord et al., 2006).

I tillæg hertil er der forsket i sundhedsprofessionelles perspektiver på behandling af unge med AN sammenholdt med patienters og pårørendes oplevelser (Gustafsson et al., 2021). Der kan dog identificeres et hul i forskning inden for sundhedsprofessionelles erfaringer og perspektiver, idet der ses en skævhed i fokus på bestemte faggrupper, hvor sygeplejerskers perspektiver er mere belyst sammenlignet med andre faggrupper. Nærværende speciale søger derfor at undersøge erfaringer fra forskellige sundhedsprofessionelle for at identificere eventuelle nuancer blandt forskellige faggrupper, som i dette speciale vedrører psykologer, sygeplejersker, pædagoger og psykiatere. Dette har ledt frem til følgende forskningsspørgsmål:

Hvordan erfarer og håndterer sundhedsprofessionelle samspillet mellem psykologisk behandling og håndtering af akutte somatiske tilstande i psykiatrisk behandling af børn og unge med anorexia nervosa?

Specialet har med afsæt i forskningsspørgsmålet til formål at belyse, hvilke erfaringer sundhedsprofessionelle har med behandling af unge med AN. Med udgangspunkt i pragmatismen, repræsenteret ved John Dewey, og praksisteori, repræsenteret ved Theodore Schatzki, søges der indsigt i, hvordan forskellige faggrupper reflekterer over deres rolle og anvender strategier i behandlingsarbejdet. Mere specifikt undersøges dette gennem kvalitative, semistrukturerede interviews med fokus på følgende underspørgsmål: 1) *Hvordan erfarer sundhedsprofessionelle at navigere i samspillet mellem somatisk og*

psykologisk behandling; 2) Hvilke strategier anvendes i praksis til at håndtere potentielle konflikter og modstand fra patienter og slutteligt ønskes der at opnå indsigt i 3) Hvordan man kan forstå fagprofessionelle nuancer i forhold til deres faglige bevæggrunde for deres beslutningstagen og interventioner.

Specialet har til formål at identificere centrale opmærksomhedspunkter i sundhedsprofessionelles erfaringer og strategier, der kan bidrage til en mere integreret behandling af unge med AN. Specialet har derfor til hensigt at bidrage med viden, der kan nuancere forståelsen af, hvordan sundhedsprofessionelle håndterer komplekse etiske og kliniske dilemmaer, der kan opstå, når sikringen af patienternes overlevelse og autonomi kommer i konflikt.

Ved at belyse, hvordan forskellige faggrupper navigerer i spændingsfeltet mellem autonomi, behandlingsmål og modstand, kan specialet give indsigt i, hvilke forhold der påvirker sundhedsprofessionelles erfaringer og meningsskabelse i praksis. Dette bidrag sigter mod at styrke den fremtidige behandlingspraksis ved at fremhæve, hvordan forskellige sundhedsprofessionelle erfarer og håndterer behandlingsindsatsen. Her er målet at nuancere forståelsen af de kliniske behandlingstiltag og beslutninger. På den måde kan specialet bidrage med viden til, hvordan behandlingen kan tilrettelægges, så den understøtter patienters langvarige bedring ved at fremhæve, hvilke erfaringer og strategier, som sundhedsprofessionelle finder anvendelige i praksis.

1.2 Afgrænsning

Dette afsnit har til formål at belyse centrale begreber af betydning for specialets problemfelt og forskningsspørgsmål gennem en afklaring, præcisering og afgrænsning af begreberne 'børn og unge', 'sundhedsprofessionelle' samt 'at erfare'.

Patientgruppen for specialet består af børn og unge, som enten er indlagt på et sengeafsnit eller modtager ambulant behandling i Børne- og Ungepsykiatrien (BUP) i Danmark. Aldersgrænsen kan variere afhængigt af afdeling og region, men omfatter som udgangspunkt børn og unge under 18 år. Inden for denne afgrænsning gælder det, at patientgruppen er

diagnosticeret med AN ud fra ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, version 10), som er det aktuelle klassifikationssystem, der anvendes i Danmark til diagnosticering (Sundhedsdatastyrelsen.dk). Uddybning af diagnosekriterier kan læses i afsnit 2.1.1.

Specialet undersøges gennem sundhedsprofessionelles perspektiver, hvilket afspejles i afgrænsningen af de informanter, som indgår i undersøgelsen. Valget om at indsnævre målgruppen til psykologer, sygeplejersker, psykiatere og pædagoger er derfor truffet, da det vurderes, at netop disse faggrupper indtager centrale roller i behandlingen af unge med AN. De skal navigere i flere spor i behandlingen og håndtere den psykologiske behandling, samtidig med at skulle forholde sig til samt træffe afgørende beslutninger på baggrund af de somatiske og livstruende aspekter, lidelsen kan indebære.

I specialet undersøges det, hvordan sundhedsprofessionelle erfarer behandlingen af børn og unge med AN. Med 'erfarer' sigtes der med afsæt i Den Danske Ordbog mod at indfange, hvordan de "tilegner sig forståelse eller indsigt gennem personlige oplevelser" (Den Danske Ordbog, n.d.). Dette gøres ud fra en opfattelse af, at erfaringer kan forstås processuelt gennem en pendulering mellem viden, praksis og refleksion.

1.3 Specialets opbygning

1. Indledningen præsenterer undersøgelsens baggrund, motiv, problemfelt, forskningsspørgsmål, formål samt afgrænsning.

2. Klinisk forståelse af AN og behandlingstilgange redegør for anorexia nervosa med fokus på diagnosekriterier, ætiologi, epidemiologi og behandlingstilgange som ramme for den kliniske kontekst.

3. State of the Art sammenfatter litteratursøgningen og kortlægger relevant forskning, som har betydning for undersøgelsens fokus på sundhedsprofessionelles erfaringer.

4. Den teoretiske forståelsesramme præsenterer Deweys pragmatisme og Schatzkis praksisteori, herunder udledning af centrale begreber og deres anvendelse i analysen. Pragmatismen fungerer både som analyseværktøj og videnskabsteoretisk ståsted, som udfoldes i specialets metode- og metodologiafsnit.

5. Metodologi og metode beskriver først det videnskabsteoretiske afsæt, pragmatismen, og dernæst specialets undersøgelsesdesign, herunder dataindsamling, rekruttering, interviewafholdelse, etiske hensyn og analytisk tilgang.

6. Analysen gennemgår tre hovedtemaer og tilhørende undertemaer udledt fra data, afsluttet med en opsummering af analysens hovedfund.

7. Diskussionen behandler specialets fund i relation til eksisterende forskning og praksis, specialets styrker og svagheder gennem kvalitetsprincipper, teoriernes forklaringskraft samt implikationer for praksis.

8. Konklusionen sammenfatter besvarelsen af forskningsspørgsmålet, hvorigennem der drages en samlet konklusion på undersøgelsens resultater.

2. Klinisk forståelse af AN og behandlings-tilgange

For at kontekstualisere specialets problemfelt, udgør dette afsnit en redegørelse af lidelsen. Afsnittet har til formål at give en overordnet introduktion til AN med fokus på centrale aspekter som diagnosekriterier, ætiologi, komorbiditet og somatiske komplikationer. Derudover behandles epidemiologi og behandlingspraksis. Redegørelsen danner grundlag for forståelsen af den kontekst, informanterne udtaler sig inden for, og udgør et fagligt fundament for den samlede analyse.

2.1 Anorexia nervosa

Den psykiatrisk lidelse anorexia nervosa (AN) er kendetegnet som et individs bestræbelse og udøvelse af kontrol over kroppens vægt og form og dertil uhensigtsmæssige spise- og tankemønstre (Lask & Bruant-Waugh, 2000 if. Carr, 2006). Som beskrevet viser behandling af AN dårlige prognoser, hvor kun halvdelen opnår gode resultater, en tredjedel moderat og en femtedel et kronisk dårligt udfald. Dårlig prognose er blandt andet associeret med lav vægt, kronisk forløb, fravær af udløsende livsbegivenhed, komorbid OCD (obsessiv kompulsiv forstyrrelse), problematiske familieforhold, behandlingsfrafald og lav social klasse (Carr, 2006). AN er desuden ofte ledsaget af andre psykiske lidelser og fysiske sygdomme som følge af dens fysiologiske konsekvenser (Neale & Hudson, 2020).

2.1.1 Diagnosekriterier

Ifølge ICD-10 stilles diagnosen anorexia nervosa på baggrund af en række diagnostiske kriterier. For det første skal patientens vægt være mindst 15% under den forventede eller med et BMI (Body Mass Index) på 17,5 eller derunder. Hos præpubertære patienter gælder, at den forventede vægt for alderen ikke er opnået. For det andet skal vægttabet – eller den manglende vægtøgning i takt med den fysiologiske udvikling – være selvfrekaldt fx gennem undgåelse af energirig føde, selvinduceret opkast, overdreven fysisk aktivitet eller brug af appetitnedsættende midler. Det tredje kriterium vedrører en forstyrret kropsoptagelse af psykopatologisk karakter, hvor en vedvarende frygt for vægtøgning udgør en dominerende idé, og hvor patienten pålægger sig selv en lav vægtgrænse. Hertil skal der forekomme endokrine forstyrrelser, såsom nedsat libido og potens samt amenoré, menstruationsforstyrrelser, hos kvinder og piger (Carr, 2006; Pike et al., 2024).

2.1.2 Ætiologi

Lidelsens ætiologi er kompleks og multifaktoriel. Der er identificeret visse arvelige komponenter ved AN gennem familie- og tvillingestudier, hvor der er fundet evidens for genetiske dispositioner (Hinney & Volckmar, 2013). Hertil er der fundet evidens for risikofaktorer i form af personlighedstræk som angstelighed, perfektionisme, kognitiv rigiditet og tidlig spisevanskeligheder (Treasure et al., 2015). For de genetiske faktorer mener man,

at individet kan have prædispositioner, når det udsættes for bestemte miljømæssige betingelser. Disse kan eksempelvis omhandle temperamentsmæssige dispositioner såsom perfektionisme, forsigtighedspræget adfærd og depression, der kan påvirke udviklingen af personlighedstræk, man finder forbundet med AN. Tvangspræget adfærd og ufleksibilitet er ligeledes associeret med udviklingen af restriktiv spisning. Derudover peger teorier på, at en dysregulering af serotonin i hjernens strukturer for humør og appetit kan bidrage til lidelsen, hvilket delvist forklarer brugen af antidepressiv medicin i behandlingen (Carr, 2006).

Blandt sociokulturelle dispositioner for AN fremhæves den vestlige idealisering af tyndhed som en central faktor (Nasser & Katzman, 2003), hvilket afspejles i den højere forekomst af spiseforstyrrelser i kulturer præget af slankhedsidealer og diætkultur. Derudover kan stressende livsbegivenheder samt individuelle psykologiske og familiære faktorer fungere som udløsende for udviklingen af lidelsen (Carr, 2006). En dominerende teori om AN's ætiologi vedrører unges vanskeligheder med at håndtere de fysiske og psykologiske forandringer i overgangen fra barn til ung. På familieniveau kan begivenheder som skilsmisse eller en søskendes fraflytning forstyrre vante roller og rutiner og dermed øge sårbarheden i samspil med andre prædisponerende faktorer. Gennem forskning er der hertil identificeret fire prædisponerende forhold: barndomsmagtesløshed, belastninger i barndommen, lavt selvværd samt rigid perfektionisme (Serpell & Troup, 2003). Kognitivt kan disse manifestere sig i uhensigtsmæssige leveregler som "jeg er kun noget værd, hvis jeg er tynd" og i negative automatiske tanker karakteriseret ved sort-hvid-tænkning, selektiv abstraktion, overgeneralisering, overdrivelse, personalisering og emotionel ræsonnering – sidstnævnte forstået som en tendens til at opfatte følelser som fakta, fx "jeg føler, jeg er tyk, derfor er jeg tyk". Disse tankemønstre kan lede til uhensigtsmæssige adfærd som kostrestriktion eller overdrevent træningsniveau (Stewart, 2005 if. Carr, 2006).

Psykodynamiske teorier om ANs udvikling fokuserer på vanskeligheder med at tolke indre fysiologiske behov og tilstande. Frygt for fedme og skam over at spise ses her som udtryk for en kamp for autonomi og en sammenhængende selvopfattelse. Elementer fra disse teorier danner i dag grundlag for det terapeutisk arbejde med AN-patienter, hvor

fokus er på at udvikle alternative måder at opnå autonomi og styrke identitetsfølelsen (Bruch, 1973; Szmulik & Dare, 1991 if. Carr, 2006).

Nyere forskning peger dertil på en mulig sammenhæng mellem tarmflora og udviklingen af AN. Studier har vist, at patienter med AN har en ændret bakteriesammensætning og metabolitprofil, som kan påvirke sultfølelse og -regulering (Fan et al., 2023). Der forskes desuden i probiotisk behandling med henblik på at genoprette balancen i tarmfloraen og fremme både fysisk og psykologisk bedring. Det er dog endnu uklart, om tarmfloraens forstyrrelser er en årsag til eller konsekvens af AN (Fan et al., 2023; Gröbner et al., 2021).

2.1.3 Komorbiditet og somatiske komplikationer

AN i ungdomsårene er associeret med lavt selvværd, angst, affektive lidelser og suicidal adfærd. Derudover ses også komorbide lidelser som OCD (Morgan, 2024), autismspektrumforstyrrelse og ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (Catone, 2023; Parmeggiani & Pruccolisamt, 2023) samt en række somatiske tilstande. Eksempelvis kan kronisk AN føre til væksthæmning, hvor normalvægt ikke nødvendigvis medfører normaliseret vækst. Dertil kan der være høj risiko for at udvikle osteopeni og osteoporose, som medfører afkalkning og nedsat knoglemasse. Risikofaktorer omfatter tidlig sygdomsdebut, vedvarende underernæring, langvarig amenoré og lav fysisk aktivitet. Derudover kan AN medføre tab af hjernevolumen, hvilket påvirker koncentration og hukommelse. Underernæring og væksthæmning kan føre til langvarige hormonelle og organrelaterede komplikationer og påvirke hjernens udvikling – især i strukturer som hippocampus (Rawal & Katzman, 2024). Hippocampus er knyttet til hukommelsesdannelse, konsolidering og genkaldelse, men spiller ifølge forskning også en central rolle i beslutningstagning, appetit- og følelsesregulering, belønningssystemet samt modstandsdygtighed over for stress (Collantoni et al., 2023). Viden om de fysiologiske komplikationer ved AN er dog stadig begrænset og kræver yderligere forskning (Skowron et al., 2023).

2.1.4 Epidemiologi

AN er den mest udbredte spiseforstyrrelse blandt unge piger med en prævalens på 0,5% (Carr, 2006; Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Lidelsen debuterer typisk i midt til sen

ungdom, med højest incidens ved 15-års alderen. AN betragtes som en demografisk lidelse uden signifikant sammenhæng med social klasse, og er bredt repræsenteret i befolkningen. Selvom incidensraten generelt har været stabil i årtier, ses en stigning i tilfælde blandt unge under 15 år. Det er dog uklart, om dette kan tilskrives tidligere opsporing eller en reel forskydning i debutalder. Underrapportering er udbredt, da mange unge undgår behandling på grund af fornægtelse, stigma og skam, hvilket gør den reelle udbredelse vanskelig at fastslå. Incidensrater varierer afhængigt af metode og population, men en systematisk gennemgang viser rater på 120–270 pr. 100.000 unge kvinder årligt i Europa. Prævalensrater afhænger af anvendte kriterier og klassifikationssystemer (van Eeden et al., 2021), og livstidsprævalensen for kvinder er estimeret til 3,64 % (Micali et al., 2017). AN medfører næsten seks gange højere dødsrisiko end i den generelle befolkning og har den højeste dødelighed blandt psykiatriske lidelser. Dødeligheden er højest blandt indlagte patienter, og nyere studier viser, at mænd har en højere dødelighedsrate end kvinder (Neale & Hudson, 2020; van Eeden et al., 2021).

2.2 Behandling af anorexia nervosa

Behandlingseffekten ved AN er fortsat begrænset, men forskning peger på, at tidlig indsats og en tværfaglig tilgang med medicinsk, psykologisk og ernæringsmæssig støtte er afgørende for et positivt behandlingsudfald (McCurdy et al., 2020). De fleste AN-patienter behandles ambulant, hvor familiebehandling er førstevalg (Golden et al., 2022). I alvorlige tilfælde kræves dog indlæggelse på psykiatrisk eller pædiatrisk sengeafsnit afhængigt af tilstandens alvor (Martini et al., 2023). I begge tilfælde indgår familien som en central del af behandlingen. En udbredt evidensbaseret tilgang er Maudsley Family Therapy (FT-AN), og den manualiserede version, Family-Based Treatment (FBT-AN), hvor omsorgspersoner fungerer som primære behandlere (Ciao et al., 2023; Lock & Le Grange, 2013).

Familien betragtes som en central ressource i den unges bedring og inddrages aktivt – både ambulant og under indlæggelse. Spiseforstyrrelser påvirker også de nærmeste relationer, og inddragelsen sker blandt andet, fordi forældre og søskende ubevidst kan tilpasse sig spiseforstyrrelsens regler, hvilket kan føre til skyld, magtesløshed og konfliktskyhed.

Søskende kan samtidig føle sig overset, hvilket er årsagen til, at også de inddrages i behandlingen (Gorrell et al., 2024).

Valg af behandlingsform afhænger af patientens BMI, ændringer i vitale tegn, psykiatriske symptomer og vægttab (Martini et al., 2023; Skowron et al., 2023). BMI er det mest anvendte indeks til at vurdere sundhedsrisici, men tager kun højde for højde og vægt og ikke alder, køn eller aktivitetsniveau. Derfor anvendes BMI ikke isoleret, men som del af en samlet klinisk vurdering (El Ghoch, 2023).

Følgende afsnit er en overordnet gennemgang af de mest udbredte behandlingstilgange i ambulant regi og på sengeafsnit. Gennemgangen er ikke udtømmende, men fokuserer på centrale evidensbaserede tilgange med inspiration fra informanternes udsagn.

2.2.1 FT og FBT

Maudsleys familieterapi specificeret til behandling af AN (FT-AN) består som udgangspunkt af fire faser. Første fase omfatter tværfaglig vurdering, psykoedukation og afdækning af familiens oplevelser for at skabe fælles forståelse og tillid som grundlag for behandlingen. I anden fase håndteres spiseforstyrrelsessymptomer, hvor forældre støtter ved måltider og vægtindhentning. Tredje fase iværksættes, når vægt og spisning ikke længere er hovedproblemet, og retter sig mod den unges personlige og familiemæssige udvikling, herunder selvstændighed og identitetsdannelse. Den afsluttende fase fokuserer på fremtiden, fastholdelse af fremskridt og håndtering af tilbagefaldsrisiko i overgangen til en mere alderssvarende tilværelse. FBT-AN følger en lignende struktur, men er kondenseret ned til tre faser (Gorrell et al., 2024).

Som en del af FT-AN og FBT-AN indgår familiemåltider, hvor en behandler observerer familien for at vurdere dynamikker og engagement. Der findes desuden adaptioner som PFT (parent-focused treatment), der reducerer forældrekritik, samt gruppeformater som MFT og IFT, hvor familier deltager i fælles måltider og psykoedukation med fokus på erfaringsudveksling og fælles strategier (Gorrell et al., 2024).

I et behandlingsforløb med afsæt i FBT-AN arbejdes der ud fra fem kerneprincipper. Først og fremmest anses familien som behandlingspartnere – man anser behandlingen som noget, der gøres *med* og ikke *af* familien. Andet princip er tilgangens agnostiske syn på lidelsen, hvor årsagen ikke er i fokus. Tredje princip handler om at eksternalisere spiseforstyrrelsen, så den ses som adskilt fra den unge. Fjerde princip vedrører rollefordeling, hvor behandleren anses som ekspert i lidelsen, og forældrene som eksperter i deres barn. Fokus for behandleren er derfor at guide forældre uden at underminere deres autoritet. Sidste princip vedrører tilgangens fokus på adfærdsændringer og tidlig vægtindhentning (Gorrell et al., 2024).

2.2.2 Mentaliseringsbaseret behandling

En anden udbredt tilgang i behandling af AN hos unge er mentaliseringsbaseret behandling (MBT). MBT blev i sin oprindelse udviklet til behandling af borderline personlighedsforstyrrelse af Bateman og Fonagy (1999, 2008), men er senere adapteret til behandling af spiseforstyrrelser i forskellige formater som individuel, gruppe-, miljø- og familiebehandling (Morando et al., 2024).

Mentalisering er en del af menneskets sociale kognition og dækker over mentale processer, der muliggør forståelsen af egne og andres følelser, tanker og intentioner. Evnen udvikles som led i tilknytningsmønstre og fremmes ifølge Fonagy et al. (2002) bedst i trygge relationer, hvor barnet lærer at forstå sine mentale tilstande gennem tilknytningspersoners kontingente spejling (Morando et al., 2024).

Inden for MBT forstås spiseforstyrrelser som forbundet med vanskeligheder ved at tolke egne følelser, tanker og kropslige signaler. Dette kan føre til oplevelser af kontroltab og svækket selvforneelse, hvor adfærden ses som et forsøg på at genvinde kontrol og skabe agens og selvforståelse. Ifølge Skårderud og Fonagy skyldes dette mangler i udviklingen af selvet, emotionsregulering og epistemisk tillid – altså tillid til viden og andres intentioner. Kroppen får overdreven betydning i selvforståelsen, og emotionelt ubehag som angst eller lavt selvværd manifesteres fysisk. Den lidende forsøger at regulere det

kropslige for at kontrollere det psykiske. Dette fænomen kaldes *konkretisme* – en begrænset evne til abstrakt tænkning, hvor fx angst opleves som mæthed eller behov for væggtab (Morando et al., 2024).

Et centralt fokus i behandlingen er opbygningen af *den terapeutiske alliance*, defineret som “en gensidig forståelse og enighed om målene for forandring og de nødvendige opgaver for at bevæge sig mod disse mål” (Bordin, 1993 if. Sibeoni et al., 2020). Alliancen udfordres ofte af lidelsens egosyntone karakter, hvor patienten ikke nødvendigvis opfatter adfærden som problematisk, men som en støtte i hverdagen. Dette kan føre til ustabil motivation og modstand mod forandring samt udfordre opbygningen af alliancen grundet divergerende opfattelser af lidelsen mellem behandler og patient, hvilket gør en fælles forståelse afgørende (Morando et al., 2024).

MBT til spiseforstyrrelser (MBT-ED) er en tosporet tilgang med fokus på både mentale tilstande og symptomreduktion. Den omfatter psykoedukation i grupper, individuelle samtaler, gruppeterapi, caseformulering samt kriseplaner, og hertil ugentlige samtaler med patienten og familien. Derudover kan behandlingen suppleres med familiesamtaler og diætistsamtaler. Til familieinddragelse findes en manualiseret version, MBT-F, og til behandling af unge en specifik manual, MBT-A. Den mentaliseringsbaserede familiebehandling er udviklet af Asen og Fonagy (2012), og bygger på traditioner fra systemisk terapi med et eksplicit fokus på at fremme emotionsregulering og øge den empatiske forståelse mellem forældre og den unge. I forskellige behandlingssituationer – fx samtaler eller miljøterapi – arbejdes der med at støtte familien og den unge i at regulere følelser og skabe ro med afsæt i patientens stemningsleje. Dette kan eksempelvis ske ved at lægge en hånd på patientens skulder, eller ved at tydeliggøre, hvad familiemedlemmerne hver især føler, så følelserne adskilles og gøres mere håndterbare (Robinson et al., 2019).

2.2.3 Kognitiv adfærdsterapi

Foruden FBT, som har den stærkeste evidens i behandlingen af AN hos unge, er kognitiv adfærdsterapi, tilpasset spiseforstyrret adfærd (CBT-E), ligeledes en anvendt og evidensbaseret tilgang. CBT-E fokuserer på at adressere adfærdsmæssige og kognitive processer,

der vedligeholder spiseforstyrrelsen, gennem strategier og procedurer, hvor patienten indrages aktivt i alle faser. Dette sker for at styrke autonomi og derigennem understøtte patientens beslutningstagen. Der arbejdes ofte med to modeller, henholdsvis *sygdomsmodellen*, hvor spiseforstyrrelsen anses som noget uden for patientens kontrol, og hvor tanker om vægt, krop og spisning betragtes som en del af lidelsen. Patienten indtager her en mere passiv rolle, hvor behandlingen styres af sundhedsprofessionelle. Derudover kan der arbejdes ud fra *den psykologiske model*, som i højere grad forstår patientens spiseforstyrrede adfærd som udtryk for en skæv selvsvurdering, hvor kontrol og kropsopfattelse dominerer. Her arbejdes med indsigt i de psykologiske mekanismer bag lidelsen og udvikling af en mere funktionel selvsvurdering (Dalle Grave, 2023).

2.2.4 Behandling via indlæggelse

Ved indlæggelse af AN-patienter på sengeafsnit arbejdes der med flere målsætninger: vægtindhentning gennem ernæringsrehabilitering med faste måltider, genopretning af medicinsk stabilitet med fokus på vitale tegn, opstart af tværfaglig behandling, fx samtaler med psykolog eller psykiater, samt sikring af nødvendig opfølgning efter udskrivelse (McMaster et al., 2023).

Under indlæggelse har patienterne typisk ugentlige samtaler med en psykolog og læge, og deltager i daglig miljøterapi med sygeplejersker, pædagoger, sosu-assistenten m.fl., som støtter dem gennem måltider, psykoedukation og gruppesamtaler. Derudover fokuseres der på at bryde patientens adfærdsmønstre vedrørende motion og madrestriktion. Med afsæt i den mentaliseringsbaserede tilgang træner man mentaliseringsevnen og styrkelse af den terapeutiske alliance. Miljøterapien sigter mod at skabe et system, hvor patienten kan udvikle sig i samspil med andre. Herigennem sørger sundhedsprofessionelle for at facilitere et miljø, hvor patienterne kan opsøge kontakt og danne relationer, hvortil der arbejdes med patientens individuelle mål med fokus på motivation og håb (Robinson et al., 2019).

Som udgangspunkt behandler man ambulant, og indlæggelse sker oftest kun, hvis patienten ikke opnår ønskede mål eller går i spisestop. Ved indlæggelse arbejdes der sjældent mod behandlingsafslutning, da patienten som regel overgår til ambulant behandling

efterfølgende. Behandlingsmål på sengeafsnit præges derfor af denne overgang (Au et al., 2024).

I både ambulant og indlagt behandling er det udbredt at forstå AN ud fra en biomedicinsk model, hvor lidelsen ses som noget, der skal behandles. Derfor er der i psykiatrisk behandling et stærkt fokus på vægtindhentning og ændring af synlige symptomer (Gustafsson et al., 2021).

3. State of the Art

3.1 Litteratursøgning

I specialets indledende fase er der, med afsæt i Forresters (2012) principper til udarbejdelsen af et litteraturreview, foretaget en litteratursøgning med henblik på at afdække forskning på området. En søgestreng blev udarbejdet for at målrette søgningen, og der blev søgt i fire databaser: AAU Primo, PsycInfo, PubMed og Google Scholar. Den indledende søgning anvendte følgende søgestreng, som fremgår af tabel 1:

(“anorexia nervosa” OR “eating disorder”) AND (adolescent OR youth OR “young people” OR children) AND (“professionals* perspective” OR “professionals* experience” OR therapist OR clinicians OR Nurse OR psychologist) AND (psychological OR mental) AND (somatic OR physical OR weight restoration OR weight gain)
--

Tabel 1: søgestreng

Søgningen gav få resultater specifikt om sundhedsprofessionelles erfaringer med samspillet mellem somatisk og psykologisk behandling, men bidrog med indsigt i generelle erfaringer. Her fremgik gennemgående temaer i forskningen som vægtøgning, fysisk stabilisering, tvang, sondeernæring, motivation, modstand, relationsdannelse og terapeutisk alliance. Denne indsigt førte til separate søgninger med tilføjelse af søgeord som “resistance”, “willingness”, “motivation”, “relation*”, “alliance”, “treatment challenges” og “treatment dilemmas” for at finde forskning, der specifikt belyser professionelles erfaringer med at håndtere patienters modstand og samarbejde i situationer, hvor behandlingen

kan udfordre relationsdannelsen. Søgningen omfattede kvalitative, kvantitative og mixed-methods studier, og referencelister fra relevant forskning blev gennemgået for yderligere relevante søgeord.

Følgende afsnit har til formål at skabe overblik over relevant forskning på området. Først gennemgås studier om patientperspektiver på behandlingen, da disse er centrale for specialiets motiv og problemfelt. Dernæst præsenteres forskning om sundhedsprofessionelles erfaringer, da disse studier viser relevans i forhold til professionelles erfaring med samspillet mellem somatisk og psykologisk behandling samt deres anvendelse af strategier i behandlingen. Afslutningsvis belyses forskelle i sundhedsprofessionelles perspektiver.

3.2 Litteraturgennemgang

For følgende afsnit vedrørende perspektiver fra tidligere AN-patienter inddrages 11 studier baseret på kvalitativ empiri. Flere af studierne peger på en potentiel konflikt mellem patienter og sundhedsprofessionelle, hvor patienterne ofte oplever et ensidigt fokus på vægtindhentning, mens underliggende temaer som selvværd og selvbillede nedprioriteres i behandlingen.

3.2.1 Patientperspektiver og behandlingsmål

Et kvalitativt studie af tidligere indlagte unge med AN viser både positive og negative erfaringer med behandlingen. Patienternes sygdomsindsigt og motivation for bedring var afgørende for, om de fandt behandlingen meningsfuld. Dertil var der delte holdninger til behandling sammen med andre patienter, hvor nogle fandt det støttende, andre skadeligt. Mange oplevede, at behandlingen primært fokuserede på vægtøgning, mens psykologisk støtte blev nedprioriteret, hvilket de fandt utilstrækkeligt for langvarig bedring (Colton & Pistrang, 2004). Dette står i kontrast til forskning, hvor tidlig vægtøgning fremhæves som afgørende for behandlingsresultatet (Golden et al., 2022). Et andet studie peger på, at tidlig vægtindhentning er den bedste prædiktør for forbedring af spiseforstyrrelsessymptomer og en nøgelfaktor for psykologisk bedring, dog var dette primært relateret til depressive symptomer og kostrestriktion, mens bekymringer om vægt og kropsform kun forbedres i begrænset omfang (Accurso et al., 2014).

Flere studier viser forskellige syn på behandlingsmål mellem patienter og professionelle. Patienter oplever et for stort fokus på symptomer og adfærd og efterlyser psykologisk behandling af underliggende problemer som lavt selvværd, følelsesmæssige udfordringer og udviklingsmæssige behov (Bezance & Holliday, 2013; de la Rie et al., 2008; Gustafsson et al., 2021; Offord et al., 2006). Der er desuden fundet uenighed om den biomedicinske model, som professionelle opfatter som nødvendig og effektiv, mens patienter og pårørende oplever, at den overser lidelsens psykologiske aspekter (Gustafsson et al., 2021). Hertil viser et nyere studie, at tidligere patienter fortsat kæmpede med mad, kropsbillede og restriktioner efter vægtstabilisering. De efterspurgte behandling, der ikke kun adresserer adfærdsændringer, men ligeledes psykologiske og sociale forhold for at fremme langvarig bedring (McCombie et al., 2024).

Studier peger på behovet for bedre overgang fra indlæggelse til hverdagslivet, hvor et studie om familiebaseret behandling viser, at tidligere patienter og pårørende efterlyser en velplanlagt udskrivelse for at støtte langvarig bedring (Nilsen, 2024). Et andet studie fremhæver ønsket om mere positive og inddragende måltidserfaringer under indlæggelse, da dette kunne styrke mestring og støtte efter udskrivelse (Long et al., 2012).

I lyset af patientperspektiver er det væsentligt at bemærke, at vægtindhentning, selvom det er en central prædikator for bedring, er omdiskuteret. Der mangler klar evidens for, hvilken genopernæringsmetode der er mest effektiv. Ét studie peger dog på, at en konservativ, gradvist øget ernæringsstrategi kan give gode resultater og samtidig fremme samarbejdet om terapeutiske mål mellem patient og behandler (Marugán de Miguel sanz et al., 2016).

3.2.2 Patienters oplevelser sammenholdt med sundhedsprofessionelles

Flere studier sammenholder patienters og sundhedsprofessionelles oplevelser med behandlingen. Som tidligere beskrevet kan der være uenighed om behandlingsmål og vægtindhentningens betydning. Følgende afsnit gennemgår studier, der netop belyser begge perspektiver. Litteratursøgningen viste et mønster, hvor studierne kunne opdeles i to

temaer: tillidsfulde relationer samt oplevelsen af motivation og modvilje, som begge er centrale for denne undersøgelse, da de vedrører sundhedsprofessionelles erfaringer med spillet mellem somatisk og psykologisk behandling.

3.2.2.1 Oplevelsen af tillidsfulde relationer i behandlingen

Gennem flere både kvalitative og kvantitative studier har man fundet, at den terapeutiske alliance er afgørende for behandlingen. Tre studier peger samlet på, at unges vurdering af alliancen er forbundet med tidlig vægtøgning og kognitiv bedring (Bourion-Bedes et al., 2013; Isserlin & Couturier, 2012; Pereira et al. 2006). Desuden viser en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse, at tidligere patienter vægter tillid og den terapeutiske relation højest i arbejdet med underliggende udfordringer, mens terapeuter prioriterer symptomreduktion og adfærdssændring. De fleste patienter mente, at en dygtig terapeut er lyttende, empatisk og respekterer patienten som individ uden kun at fokusere på adfærdregulering (de la Rie et al., 2008). Et kvalitativt interviewstudie viser hertil, at sproget i behandlingen kan påvirke alliancen mellem patienter og sygeplejersker negativt. Behandlingen blev ofte beskrevet som et “undertrykkende fængsel”, hvilket hæmmede opbygningen af tillidsfulde relationer (Ramjan & Gill, 2012). Et andet kvalitativt studie viser, at sygeplejersker oplever udfordringer med at udøve autoritet over for AN-patienter, da vægtøgning ofte strider mod patienternes ønsker. Dette skaber spændinger og forsøg på at underminere autoriteten. Studiet fremhæver dertil vigtigheden af, at sundhedspersonale er bevidste om deres professionelle autoritet og de udfordringer, den medfører (Zugai et al., 2019). Dette underbygges yderligere af et kvalitativt studies konklusion af, at det er afgørende for pædiatriske sygeplejersker at være bevidste om vigtigheden af at opretholde autoritet, da denne kan udfordres på uventede måder. Studiet fremhæver desuden behovet for individuelle tilgange i relationsarbejdet og understreger, at organisatoriske rammer og behandlingsmiljø har stor betydning for relationsudviklingen (Micevski & McCann, 2005).

Flere studier understreger vigtigheden af klare behandlingsmål i arbejdet med AN, ofte med fokus på stabilisering af vitale tegn og vægtindhentning. Et kvalitativt studie af forskellige faggrupper viser dog, at sundhedsprofessionelle oplever udfordringer i balancen mellem fysiske og psykologiske behov. De beskrev et primært fokus på synlige

symptomer og vanskeligheder med at adressere tanker og følelser samt opbygge en terapeutisk relation på grund af patienternes afvisende tilgang (Chang et al., 2023). Igennem studiet samt øvrige undersøgelser understreges behovet for øget træning, viden og tværfagligt samarbejde inden for feltet med henblik på at forbedre behandlingskvaliteten med forståelse for det komplekse samspil mellem somatiske, psykosociale, psykiatriske og udviklingsmæssige faktorer (Chang et al., 2023; Lachal et al., 2023; Wu & Chen, 2021). Et kvalitativt studie om oplevelsen af AN blandt patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle viser samme mønster, hvor patienterne fremhævede de psykologiske og emotionelle aspekter, mens sundhedsprofessionelle fokuserede på den fysiske tilstand i deres forståelse af behandlingen (Sibeoni, Orri, Podlipski et al., 2020).

Studiet af Chang et al. (2023) belyser yderligere, hvordan professionelle pendulerer mellem tvangsprægede til mere empatiske¹ strategier for at opbygge tillid og fremme samarbejde og kalorieindtag. Tvangsprægede metoder er derudover beskrevet til at skabe samarbejde gennem frygt, men giver samtidig en tydelig struktur med faste rammer. Når de ledsages af forklaring af rationalet, kan de styrke både tillid og terapeutisk alliance (Geller & Srikameswaran, 2006; Wu & Chen, 2021).

3.2.2.2 Motivation og modstand mod behandling

Et centralt argument for de høje dropout- og tilbagefaldsrater ved AN er, at mange patienter udviser modvilje mod bedring, da denne indebærer uønskede forandringer. Modstanden forstås ofte i lyset af lidelsens egosyntone karakter, hvor symptomerne opleves som en del af identiteten og derfor ikke opfattes som problematiske (Abbate-Daga et al., 2013; Nordbø et al., 2012; Westmoreland et al., 2017; Zielinski-Gussen et al., 2023). Her til beskriver patienter, at oplevelsen af dømmende holdninger, følelsen af fastlåshed og belastning, benægtelse af lidelsen, angst for at spise, vægtøgning samt manglende evne til at se fordelene ved bedring er barrierer for ønsket om bedring (Nordbø et al., 2012). Modstand i behandlingen har været et underbelyst område, og der findes begrænset evidens for, at nuværende metoder effektivt øger motivation (Waller, 2012). En klinisk oversigt

¹ Tvangsprægede og empatiske strategier er min oversættelse af Chang et al., 2023 beskrivelse af ”hard approach” og ”soft approach”

fremhæver motivation, sygdomsindsigt og patientens subjektive oplevelse som vigtige redskaber til at håndtere modstand. Flere studier peger på relationens emotionelle betydning, og tidligere patienter har fremhævet psykoterapi og relationer som centrale for at overvinde modstand og opnå selvvalidering (Abbate-Daga et al., 2013; Waller, 2012).

I mange behandlingssituationer opstår kliniske og etiske dilemmaer, når patienter modsætter sig eller afviser behandlingstiltag som indlæggelse. I sådanne tilfælde kan sundhedsprofessionelle være nødt til at anvende livreddende tvang. Studier viser dog, at tvangsforanstaltninger kan føre til langvarig mistillid og modvilje mod at søge hjælp fremover (Zielinski-Gussen et al., 2023), hvorigennem kompleksiteten ved disse dilemmaer understreges. Forskning viser ligeledes, at professionelle kan være tilbageholdende med at iværksætte tvangsinterventioner trods lidelsens alvor, hvilket afspejler spændingen mellem respekt for autonomi og behovet for livreddende indgreb. Studier peger dertil på, at tvang kan være nødvendig, men at langtidseffekten er usikker og varierer (Westmoreland et al., 2017). Chang et al. (2023) fremhæver desuden, at forældrestøtte spiller en central rolle og kan være afgørende for patientens motivation.

Sammenfattende peger studierne på en diskrepans mellem patienters og sundhedsprofessionelles vægtning af behandlingsfokus. Sundhedsprofessionelle prioriterer ofte adfærdsendring, symptomreduktion og vægtindhentning, mens patienter fremhæver empati og forståelse som afgørende for en stærk alliance, motivation og psykologisk bedring. Studierne tydeliggør dertil, hvordan sundhedsprofessionelle står i komplekse kliniske dilemmaer, hvor balancen mellem tillid og autoritet kan opleves som udfordrende.

3.2.3 Forskelle i sundhedsprofessionelles perspektiver

I nogle indlæggelsesforløb indgår tvangsinterventioner som sonde- og tvangsernæring. Et studie af psykiatripersonales erfaringer viste, at de fleste var kritiske over for tvang, men anså det som en nødvendighed for patienters overlevelse. Derudover viste studiet, at sygeplejersker var mere tilbøjelige end psykiatere og psykologer til at betragte tvang som en nødvendig metode. Det fremgik også, at mere erfarne medarbejdere generelt var mere kritiske over for tvang end deres mindre erfarne kollegaer (Krieger et al., 2021). I

forlængelse heraf finder et studie, at sundhedspersonale ofte er tilbageholdende med at iværksætte tvang, trods AN's alvor og livstruende karakter (Westmoreland et al., 2017). I et andet kvalitativt studie fremhæver sundhedsprofessionelle betydningen af samarbejde mellem primærsektorens almen praktiserende læger og faggrupper i sekundærsektoren, herunder psykoterapeuter, gynækologer, skolepsykologer, socialrådgivere og psykiatere. Professionelle i sekundærsektoren rapporterede mangel på specialisering i primærsektoren, hvilket hæmmer tidlig indsats, hvorfor de efterlyste bedre uddannelse, screeningværktøjer og styrket tværsektorielt samarbejde for at forbedre tidlig opsporing (Kästner et al., 2021).

3.2.3.1 Sygeplejerskers perspektiv

Et kvalitativt interviewstudie fra Taiwan undersøgte sygeplejerskers oplevelser af konfliktsituationer i behandlingen af unge med AN. Udfordringerne omfattede patienters defensive adfærd, manglende øjenkontakt og modstand mod at åbne op, hvilket virkede distancerende i relationsarbejdet. Samtaler om mad og vægt kunne udløse stærke reaktioner, og sygeplejersker kunne opleve lægers hårde forhandlingsteknikker, fx trusler om sonde, som skadelige for deres relation til patienterne. I studiet identificerede man ligeledes temaer omhandlende sygeplejerskernes udfordringer med at ændre patienternes tanker. De fandt det udfordrende at ændre patienters tanker og oplevede, at patienters manglende sygdomsindsigt og kropslige forvrængninger hæmmede samarbejdet og kunne gøre relationen passiv. Studiet konkluderede, at tillid og samarbejde er afgørende for at reducere modstand mod behandling (Wu & Chen, 2021). Sundhedsprofessionelles udfordringer med tillid og relationsdannelse understøttes ligeledes gennem andre studier. Ramjan (2004) fandt, at sygeplejersker ofte mangler forståelse for lidelsens kompleksitet og havner i magtkampe med patienterne omkring vægt og måltider, hvilket fører til mistillid. Salzmänn-Erikson & Dahlen (2017) fremhæver åbenhed og ærlighed som forudsætninger for tillid mellem sygeplejersker og patienter. I forlængelse heraf viser et kvalitativt studie af Reid et al. (2010), at sundhedsprofessionelle generelt oplever relationen udfordret af patienternes modstand og ambivalens og betragter målgruppen som svær. Hertil er sygeplejerskers rolle i behandlingen blevet understreget som afgørende grundet deres

konstante fysiske tilstedeværelse, hvorfor den terapeutiske relation mellem dem og patienter anses som vigtige (Ramjan, 2004; Snell et al., 2010; Wu & Chen, 2021).

Et kvalitativt studie viser, at især yngre og nyuddannede sygeplejersker oplevede konflikter, som følge af patienternes modstand, demoraliserende, særligt når relationen til patienterne havde en mere venskabelig karakter. Studiet fremhæver derfor behovet for, at sygeplejersker er bevidste om deres professionelle autoritet, og hvordan denne kan udfordres i praksis, for at kunne opretholde en tydelig og balanceret rolle i relationen til patienterne (Zugai et al., 2019).

3.2.3.2 Sundhedsprofessionelles forståelser af lidelsen

Et kvalitativt interviewstudie undersøgte en multidisciplinær gruppes forståelser og oplevelser af behandling af unge med AN. Studiet fandt, at patienter kan opleve en følelse af kontrol og magt gennem deres spiseadfærd, mens terapeuter tolkede dette som selvregulering eller strategier til at påvirke omgivelserne. Derudover fremhævede sundhedsprofessionelle, at de kunne føle, de ofte stod i et dilemma mellem at sikre overlevelse gennem kontrol og respektere patientens selvbestemmelse. Derudover fandt man i studiet, at nogle følte sig trygge i en autoritære rolle, mens andre var præget af skyldfølelse og ubehag ved at tvangsernære. Studiet konkluderede, at professionelles afvigende oplevelser og forskellige forståelser af lidelsen kan føre til uensartede behandlingsstrategier, hvilket kræver opmærksomhed og refleksion, således nuancerne i tilgange er bevidste og velovervejede (Jarman et al., 1997).

Som tidligere beskrevet tager psykiatrisk behandling ofte afsæt i den biomedicinske model. Studier har vist, at sundhedsprofessionelle finder modellen hjælpsom i deres arbejde, selvom patienter og forældre oplever den som reduktionistisk og ignorant for lidelsens psykologiske aspekter. Sundhedsprofessionelle begrundede deres præference med, at modellen kan nedbringe skyldfølelse hos patienter og forældre og muliggøre eksternalisering ved at adskille lidelsen fra personen (Sibeoni, Orri, Colin et al., 2017; Sibeoni, Orri, Podlipski et al., 2017).

3.3 Litteraturens relevans for nærværende undersøgelse

Litteraturgennemgangen har tydeliggjort, at forskningen i nogen grad har belyst forskellige perspektiver på behandlingen, herunder patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Litteratursøgningen viste, at særligt patientperspektiver er undersøgt bredt, både i relation til ambulante forløb og sengeafsnit. En række studier sammenholder desuden disse perspektiver, hvilket har bidraget til en nuanceret forståelse af, hvordan behandlingen opleves på tværs af aktører. Motivation og erfaringer med tvang udgør centrale temaer og er relevante for specialet, da de rummer etiske og kliniske dilemmaer vedrørende patienters bedring. Ligeledes udgør patienters potentielle modstand et væsentligt element i forhold til, hvordan denne modstand erfares og håndteres.

I relation til dette speciale ses det relevant at undersøge de distinkte erfaringer blandt forskellige sundhedsprofessionelle, henholdsvis psykologer, sygeplejersker, pædagoger og psykiatere. Dette gøres med henblik på at identificere eventuelle nuancer i sundhedsprofessionelles tilgang, som kan være præget af deres respektive faglige bevæggrunde. Undersøgelsen tager dertil afsæt i, at faggrupperne har forskellige opgaver i behandlingsforløbet, hvilket antages at have betydning for deres erfaringer.

Litteraturen peger desuden på et hul i den eksisterende forskning på området, idet der primært foreligger studier af sygeplejerskers perspektiv på behandling af målgruppen, mens andre fagpositioner er mindre belyst. Det vurderes derfor relevant at inddrage flere sundhedsprofessionelle, særligt med tanke på behandlingens tværfaglige karakter. Specialet undersøger praksisfeltet i en dansk kontekst, hvilket bidrager med nuanceret viden til et felt, hvor dansk forskning er begrænset. På tværs af studier om sundhedsprofessionelles perspektiv ses en tendens til, at den eksisterende forskning sammenfatter sundhedsprofessionelles erfaringer, hvilket kan risikere, at de bliver betragtet som én homogen gruppe. Specialet søger derfor at belyse nuancer i sundhedsprofessionelles erfaringer, både på tværs og inden for faggrupper, for at fremme en mere differentieret forståelse. Dette kan skabe større bevidsthed om potentielle forskelle og ligheder og dermed integrere dem som en aktiv del af beslutningsprocessen omkring behandlingen af unge med AN samt udnytte faggruppernes respektive kompetencer.

4. Den teoretiske forståelsesramme: pragmatisme og praksisteori

I det følgende afsnit redegøres for John Deweys pragmatisme, som i samspil med Theodore Schatzkis praksisteori udgør specialets teoretiske forståelsesramme og begrebsapparat til analyse af de udledte temaer. Disse teorier er relevante til at belyse sundhedsprofessionelles erfaringer, strategier og håndtering af samspillet mellem somatisk og psykologisk behandling. Pragmatismen bidrager med indsigt i, hvordan sundhedsprofessionelle tilskriver mening og værdi for at gøre deres praksis relevant i mødet med patienter. Dertil udgør praksisteorien en forståelse af, hvordan handlinger er situationsbundne, kropsligt forankrede og socialt indlejrede. Den belyser samtidig de sociale og strukturelle betingelser, der organiserer praksisfeltet (Sandberg & Tsoukas, 2015), og supplerer dermed analysen af, hvordan sundhedsprofessionelle handler i praksis.

4.1 Dewey: Pragmatisme

Inden for pragmatismen udgør Dewey en central filosof, der betragter erkendelse og viden som forankret i erfaring og praksis. Teori anses ikke som en passiv afspejling af objektive sandheder, men som et praktisk redskab til at transformere virkeligheden (Parmar et al., 2015). Viden forstås ikke som statisk eller objektiv, men som noget, der konstrueres gennem menneskers erfaringer og handlinger i konkrete praksissammenhænge. Den opstår i samspillet mellem individ og omgivelser som resultat af aktiv meningsskabelse – ikke som noget, vi opdager, men noget vi skaber (Christensen & Loftager, 2022). Følgende afsnit redegør for Deweys teori og centrale begreber, hvorefter relevante analysebegreber udledes med henblik på den efterfølgende analyse af sundhedsprofessionelles erfaringer og håndtering af praksis.

Et centralt begreb hos Dewey er *erfaring*, som forstås som en interaktion mellem organismen og dens miljø, hvor organismen handler og påvirkes af konsekvenserne af sine handlinger (Christensen, 2021). Erfaring er således ikke blot noget, man har, men noget man gør som en aktiv proces i samspillet med omgivelserne. Dewey betragter erfaring som det primære grundlag for erkendelse og problemløsning. Erfaring er ikke passiv registrering,

men en aktiv, sanselig og handlingsorienteret måde at være i verden på (Dewey, 1930 if. Parmar et al., 2015). Samtidig er erfaring ikke kun individuel, men også social og kollektiv (Brinkmann, 2006). Dette hænger sammen med Deweys forståelse af *meningsskabelse*, som han kalder “determination of an indeterminate situation” (Dewey, 2008 if. Parmar et al., 2015, p. 206). Her opfattes mening som noget, der skabes gennem refleksiv praksis, og derfor ikke som opdagelse af objektive sandheder, men som en aktiv konstruktion af forståelse og sammenhæng i en kompleks virkelighed (Parmar et al., 2015). I forlængelse heraf fremhæver Dewey *refleksion* som et centralt element i forståelsen af viden og praktisk kunnen. Her skelner Dewey mellem knowing-that (*viden om*) og knowing-how (*praktisk kunnen*), hvor refleksion gør *viden om* meningsfuld. Refleksion opstår, når erfaringer ikke umiddelbart giver mening, og fungerer dermed som bindeled mellem tidligere erfaringer og nye situationer. Praktisk kunnen beskrives som en erfaringsbaseret og situeret viden, der adskiller sig fra teoretisk viden (*viden om*), idet menneskelig handling ifølge Dewey ofte er drevet af tillærte handlemønstre og intuitiv beslutningstagen snarere end drevet af bevidste refleksioner (Parmar et al., 2015).

Deweys skelnen mellem viden om og praktisk kunnen gør *transaktionsbegrebet* centralt. Praktisk kunnen forstås som situerede egenskaber, der aktiveres i praksis, og transaktion bidrager med en begrebslig ramme til at forstå de dynamiske sammenhænge, hvori denne kunnen opstår og udvikles. Transaktioner skal forstås som forbindelser mellem *viden*, *erfaring* og *handling* i konkrete situationer og henviser til, hvordan strategier ikke blot anvendes, men formes og transformeres i mødet med praksis (Brinkmann, 2006). Dewey udviklede begrebet sammen med Arthur Bentley (Dewey & Bentley, 1949 if. Brinkmann, 2006), og det betegner en virkelighed, der er transaktionel og dermed gensidigt formet af forholdet mellem mennesket og dets omgivelser. Virkeligheden opfattes derfor som noget, relationelt, hvorfor aktører og fænomener aldrig kan forstås isoleret. Menneskelige relationer er derfor sammenvævede og ikke adskilte enheder (Brinkmann, 2006).

4.2 Schatzki: Praksisteori

Videnskabsteoretisk tager praksisteorien afstand fra den dualistiske skelnen mellem subjekt og objekt. Viden og væren forstås som sammenvævede, idet erkendelse opstår

gennem menneskets deltagelse i sociale praksisser (Sandberg & Tsoukas, 2015). Praksisteorien bliver dermed analytisk anvendelig i undersøgelser af praksisfelter, hvor beslutninger, strategier og følelsesmæssig navigation ikke kan reduceres til individuelle intentioner eller strukturelle vilkår, men må ses som situerede og socialt delte handlingsmønstre. Dette er særligt relevant i nærværende undersøgelse af sundhedsprofessionelles arbejde med unge med AN, hvor komplekse beslutnings- og meningsdannelsesprocesser udfolder sig i konkrete relationer og kontekster.

Praksisteoriens fundament trækker på Ludwig Wittgensteins og Martin Heideggers filosofi. Wittgenstein fremhævede, at regler er forankret i sociale praksisser, og at handlinger ofte udspiller sig som vanemæssige og ikke-refleksive processer (Sandberg & Tsoukas, 2015). Heideggers filosofi betragter mennesket som grundlæggende indlejret i verden og i sociale praksisser – en forståelse, han beskriver med begrebet *væren-i-verden*. Her opstår identitet og handlen i relation til andre mennesker og ting i specifikke sociomaterielle praksisverdener (Heidegger, 1962;1927 if. Sandberg & Tsoukas, 2015).

Inden for praksisteori findes flere retninger, hvoraf en af de mest centrale er udviklet af Schatzki. Han gør op med forestillingen om, at den menneskelige verden primært formes af enten individer eller samfund og argumenterer i stedet for, at verden konstitueres gennem sociale praksisser. Praksisser opstår gennem socialisering, uddannelse og arbejde, hvor individet udfolder sine hverdagspraksisser i samspil med andre. Hertil definerer Schatzki praksis som “a temporally evolving, open-ended set of doings and sayings linked by practical understandings, rules, teleoaffective structure, and general understanding” (Schatzki, 2002 if. Sandberg & Tsoukas, 2015, p. 191). Praksis skal dermed forstås som en foranderlig proces, der udvikles gennem deltagelse. Alle praksisser rummer specifikke handlinger, som ifølge Schatzki er tæt forbundet med materielle elementer (Sandberg & Tsoukas, 2015). Disse handlinger beskrives som organiseret gennem fire nøglekomponenter, henholdsvis *praktisk forståelse*, som refererer til en praktisk bevidsthed, der gør individet i stand til at handle intuitivt; *regler*, forstået som eksplicitte retningslinjer, principper eller instruktioner, der angiver, hvad folk bør gøre, og som fungerer som formelle normer, der styrer udførelsen af praksis. Dertil er handlinger underlagt en *teleoaffektiv*

struktur, som dækker over normative mål, projekter og opgaver, deltagerne i en praksis bør forfølge, i forhold til hvad der giver mening at gøre i praksis rettet mod bestemte mål. Som begrebet antyder, relaterer strukturen sig også til følelser og stemninger, der anses som passende i praksis (Schatzki, 2002), fx alvor, omsorg eller begejstring, hvor erfaring og oplæring er afgørende for, i hvilken grad man mestrer at udføre praksissen i overensstemmelse med den teleoaffektive struktur. Det fjerde og sidste nøglekomponent er *generel forståelse*, som dækker over delte opfattelser, der rammesætter, hvordan deltagere i en praksis forstår deres handlinger og formål. Det indebærer en fælles meningsramme for, hvad der anses som vigtigt, passende og værdifuldt, hvilket kommer til udtryk i måden, opgaver udføres på, og i samspillet med andre. Schatzki illustrerer dette med Shakerbevægelsens opfattelse af deres arbejde som helligt, hvilket formede både deres engagement og samarbejde (Schatzki, 2002). Samlet udgør disse nøglekomponenter meningsfulde handlinger, der vejleder individet i, hvad der gøres, og hvordan det gøres i praksis (Sandberg & Tsoukas, 2015).

Schatzki understreger *kontekstens* betydning og pointerer, at intet fænomen kan forstås isoleret. Dette illustreres i følgende citat: “Context, at bottom, is simply that portion of what is that something is beholden to for its character and existence, the sum-total of everything other than itself that determines these” (Schatzki, 2002, p. 60). Alt skal forstås som indlejret i en større sammenhæng, hvilket uddybes gennem begrebet *site*, som omhandler en speciel type af kontekst, hvor fænomener forstås som iboende dele af konteksten. Site er derfor ikke nødvendigvis et fysisk sted, men et sted, hvor praksis og sociale ordener påvirkes gensidigt (Schatzki, 2002).

4.3 Teoriernes samspil i specialet

Selvom Dewey og Schatzki begge orienterer sig mod menneskelig handling og praksis, kan de siges at adskille sig i deres teoretiske udgangspunkt. Hvor Dewey i høj grad har fokus på erfaring og individets aktive samspil med omgivelser og læring gennem refleksivitet, har Schatzki fokus på sociale og organisatoriske strukturer, som individet er indlejret i, hvor der kan udledes en forståelse af, at praksis allerede er organiseret gennem regler, normer og kollektive forståelser. Derimod har Dewey et mere procesorienteret og

interaktivt blik på, hvordan mening og praksis opstår. Videnskabsteoretisk rummer de to teorier således forskellige nuancer: Dewey ser viden som noget, der skabes gennem erfaring og handlingsbaserede processer, mens Schatzki opfatter viden som indlejret i praksis.

På trods af disse forskelle vurderes teorierne forenelige i en samlet analyse, da begge anskuer handlinger og praksis som situationsbundne og kontekstuel afhængige. Deweys teori kan bidrage til en forståelse af, hvordan sundhedsprofessionelle tilegner sig viden og udvikler strategier gennem erfaring og refleksion, mens Schatzkis teori supplerer med indsigt i, hvordan disse strategier er forankret i og formes af praksisstrukturer.

Med afsæt i teoriernes fælles tilskrivelse af kontekstens afgørende betydning anvendes et udvalg af Deweys begreber, herunder *erfaring*, *refleksion*, *meningsskabelse*, *transaktion*, *viden om* og *praktisk kunnen*, som analyseværktøjer til at undersøge, hvordan informanterne erfarer behandlingspraksis og håndterer komplekse og dilemmafyldte situationer. Dette gøres i samspil med Schatzkis praksisteori, hvor de udledte begreber er *praktisk forståelse*, *regler*, *teleoaffektiv struktur* og *generel forståelse*, som vurderes anvendelige til at belyse de strukturelle og sociale betingelser, sundhedsprofessionelle agerer under. Tilsammen giver de to teorier mulighed for at analysere, hvordan sundhedsprofessionelle erfarer praksis, og hvordan strategier opstår og justeres i spændingsfeltet mellem erfaring, regler og kontekst.

5. Metodologi og metode

I de følgende afsnit gennemgås specialets videnskabsteoretiske ståsted som grundlag for de metodologiske og metodiske valg i undersøgelsen. Afsnittet indledes med en præsentation af pragmatismen med henblik på at eksplicitere baggrunden for undersøgelsens forståelse af viden. Herefter følger en gennemgang af undersøgelsens metodiske greb, herunder undersøgelsesdesign, dataindsamling, interviewguide, præsentation af informanter, etiske overvejelser og den analytiske tilgang i specialet.

Disse afsnit har til formål at skabe transparens i forskningsprocessen ved at tydeliggøre, hvilke metodiske overvejelser der ligger bag besvarelsen af forskningsspørgsmålet med inspiration fra Howitts (2019) tilgang til kvalitative undersøgelser.

5.1 Pragmatismen som videnskabsteoretisk afsæt

Nærværende speciale tager afsæt i det pragmatisk videnskabsteoretiske paradigme, hvor erfaring, kontekst og handling er centrale for vidensproduktionen. Epistemologisk afviser pragmatismen en dualistisk forståelse af viden og hævder, at der ikke findes en objektiv sandhed adskilt fra menneskelig erfaring. I stedet forstås viden som handlingsorienteret og skabt gennem praksis og de konsekvenser, vores idéer kan have (Parmar et al., 2015).

Pragmatismens fundament bygger på tænkere som William James, Charles Peirce og John Dewey (Parmar et al., 2015). Med afsæt i Peirce forklarede James, hvordan man inden for pragmatismen forstår ideer ved at opspore deres praktiske konsekvenser (James, 2018 if. Christensen & Loftager, 2022). Herigennem understreges det, at teori ikke bør udvikles løsrevet fra praksis, men udspringe af konkrete erfaringer. Pragmatismen hævder, at teoriens værdi afhænger af evnen til at skabe forandring i praksis og derfor bør vurderes ud fra dens brugbarhed frem for dens objektive sandhed (Parmar et al., 2015).

Med afsæt i Dewey bygger pragmatismens virkeligheds- og videnskabsforståelse på en afvisning af, at ting har en essens, kerne eller natur, som mennesket blot skal opdage. I stedet handler det om, hvordan vi mennesker – ud fra praktiske hensyn – udpeger bestemte egenskaber ved en ting og beslutter, at netop disse er de vigtigste. Herigennem forstås tings "essens" ikke som noget objektivt givet, men som noget vi konstruerer i lyset af de konsekvenser, tingene har i vores interaktion og samspil med dem (Dewey, 2000 if. Christensen & Loftager, 2022). Med Deweys (1997) anti-essentialistiske tilgang bygger hans virkelighedsforståelse desuden på, at det tilfældige og foranderlige er lige så virkeligt og naturligt som det nødvendige og stabile. Relevans og mening må derfor altid forstås i relation til konteksten (Christensen & Loftager, 2022).

I nyere tid har filosoffer som Hilary Putnam og Richard Rorty videreudviklet den pragmatiske forståelse. Putnam kritiserer, lig Dewey, den dualistiske skelnen og argumenterer for, at sprog oftest er både beskrivende og vurderende. Hermed fremhæves, hvordan pragmatismen ikke adskiller viden og værdi, idet erkendelse altid er forankret i sociale og praktiske kontekster. Ydermere tilskriver pragmatismen sproget en central rolle i erkendelsesprocessen. I stedet for at opfatte sprog som et spejl af virkeligheden, beskriver Rorty det som et redskab til at skabe mening. Sproget former dermed, hvilke problemer vi finder relevante, og hvilke løsninger vi betragter som legitime (Parmar et al., 2015).

I forlængelse heraf er pragmatismens ontologi relationel og interaktionel, idet virkeligheden opstår i samspillet mellem mennesket og dets omgivelser, der gensidigt formes gennem handling (Parmar et al., 2015). Inden for det pragmatiske paradigme forstås virkeligheden således som dynamisk og kontekstafhængig (Christensen & Loftager, 2022), hvilket gør tilgangen særligt relevant ved undersøgelser af menneskelig erfaring og praksis.

Denne forståelse har haft direkte betydning for tilrettelæggelsen af nærværende undersøgelse. Frem for at søge universelle eller objektive svar på, hvad korrekt behandling er, rettes opmærksomheden mod sundhedsprofessionelles erfaringer med behandling af unge med AN og deres anvendelse af strategier – herunder hvordan de skaber mening og begrundes deres praksis. Målet er således ikke at identificere en “sand” essens af optimal behandling, men snarere at undersøge, hvordan sundhedsprofessionelle med forskellige fagligheder og erfaringsgrundlag tilskriver handlinger betydning og funktion i praksis. Med afsæt i pragmatismen undersøges desuden, hvordan professionelle vurderer, hvad der er vigtigt i mødet med den enkelte patient, og hvordan deres beslutninger formes gennem refleksion og kontekstuel tilpasning – fx i relation til psykiatriens strukturelle rammer og patientens ressourcer.

I tråd med pragmatismens vægt på sprogets betydning for meningsdannelse, er det hertil relevant at undersøge, hvordan forskellige sundhedsprofessionelles fagsprog og organisatoriske diskurser kan forme forståelser og løsninger i en behandlingskontekst.

Specialet er derfor optaget af sundhedsprofessionelles erfaringer, der opstår i specifikke situationer og kontekster, særligt i mødet med patienter. Hvad, informanterne oplever som fagligt nødvendigt eller etisk korrekt, begribes derfor som afhængigt af de konkrete vilkår, informanterne arbejder under – herunder organisatoriske rammer, faglighed og ikke mindst de pågældende patienters tilstand.

5.2 Metodiske greb i undersøgelsen

5.2.1 *Det kvalitative undersøgelsesdesign*

I kvalitative undersøgelser dykker man ned i personers liv, adfærd, følelser, perceptioner og interaktioner med fokus på individets unikke oplevelser og erfaringer (Billups, 2021). De bygger på fortolkende praksisser, hvorigennem viden og mening skabes i situerede sammenhænge (Denzin & Lincoln, 2011 if. Billups, 2021). Da dette speciale søger at undersøge sundhedsprofessionelles erfaringer og refleksioner i arbejdet med unge med AN – herunder strategianvendelse i mødet med komplekse etiske og kliniske dilemmaer – er der valgt en kvalitativ tilgang. Målet er at få indblik i informanternes perspektiver og meningsskabelse, som ikke kan indfanges gennem kvantitative metoder. Data er indsamlet gennem semistrukturerede interviews, hvilket uddybes i følgende afsnit.

5.2.2 *Det semistrukturerede interview*

I undersøgelsen er valget af dataindsamlingsmetode inspireret af Billups' (2021) princip om, at forskningsspørgsmålet bør være styrende for valget af strategi. På denne baggrund er der valgt kvalitative interviews, da denne metode muliggør adgang til nuancerede beskrivelser af informanternes erfaringer (Billups, 2021). Interviewet forstås ikke som en neutral datakilde, men som en interaktion mellem deltagerne, hvor svarene formes i lyset af situationen og relationen (Tinggaard & Brinkmann, 2020). Målet med interviewformen er at komme tæt på informanternes erfaringer for at kunne formulere et kvalificeret tredjepersonsperspektiv på deres praksis (Tinggaard & Brinkmann, 2020).

Interviewkonteksten er ifølge Billups (2021) væsentlig for tolkningen af undersøgelsens fund. Derfor har det været prioriteret at afholde interviewene fysisk på informanternes

arbejdspladser – i dette tilfælde forskellige BUP-afdelinger – hvor det var muligt. Tre ud af fem interviews blev afholdt fysisk, mens de resterende to fandt sted online af praktiske hensyn og efter ønske fra informanterne.

I kvalitative undersøgelser betragtes intervieweren som et aktivt instrument i dataindsamlingen. Det forudsætter en sensitiv relation til informanten, hvor intervieweren agerer lyttende, tilpasningsdygtigt og opmærksomt i forhold til både verbale og nonverbale signaler (Billups, 2021). Desuden bør undersøgeren altid være bevidst om sin egen bias, herunder egne antagelser og forforståelse af det, som undersøges. Undersøgerens bias skal ikke udelukkende forstås som negativ, men bør stå i baggrunden for informanternes udtalelser (Billups, 2021). I denne undersøgelse har jeg været særligt opmærksom på ikke at lade eksisterende forskning farve mine fortolkninger af informanternes udsagn, men samtidig anerkendt, at min teoretiske orientering har bidraget med en indsigtsgivende forforståelse, der har styrket min forståelse af både AN som lidelse og praksis.

Gennem semistrukturerede interviews kan man balancere struktur og fleksibilitet, hvor intervieweren kan justere eller tilføje spørgsmål undervejs ud fra informantens udsagn. Intervieweren kan udforske nye spor og emner, som opstår i dialogen, hvilket forudsættes af interviewerens evne til at identificere relevante emner undervejs. Derudover anvendes der opfølgende og uddybende spørgsmål, som kan være formuleret på forhånd, for at sikre målrettet data med mulighed for at styre samtalen, så der svares på det, man ønsker at få afdækket (Billups, 2021). Det semistrukturerede interview har været særligt velegnet til nærværende undersøgelse, da det har muliggjort en tilpasning af spørgsmål til den enkelte informants faglige rolle og erfaring. Eftersom informanterne repræsenterer forskellige faggrupper, har det været nødvendigt at justere spørgsmålene, så de afspejlede de pågældende fagpersoners praksis, arbejdsopgaver og ansvarsområder.

5.2.3 Udformning af interviewguide

Undersøgelsens interviews blev gennemført med afsæt i en interviewguide (se bilag 2). I tråd med Tanggaard og Brinkmanns (2020) skelnen mellem forsknings- og interviewspørgsmål blev interviewguiden struktureret i to niveauer: Først blev der udarbejdet

overordnede forskningsspørgsmål, som dannede ramme for interviewet, hvorefter mere konkrete og praksisnære interviewsspørgsmål blev formuleret for at gøre forskningsspørgsmålene operationelle i form af mere virkelighedsnære formuleringer. Interviewguiden var tematisk inddelt for at skabe struktur og overblik i interviewet – både for informant og interviewer. Temaerne, som blev ekspliciteret i samtalen, var: 1) Rammesætning og informantens rolle, 2) Informantens tilgang, 3) Patienters motivation og modstand, 4) Samspillet mellem somatisk og psykologisk behandling og 5) Øvrige refleksioner og kommentarer. Disse temaer var inspireret af den eksisterende forskning samt specialets forskningsspørgsmål i forhold til, hvordan undersøgelsen kunne berige forskning med nye indsigter. Ligeledes beskrives det af Tanggaard og Brinkmann (2020), at det er vigtigt at have viden om emnet, således interviewet forholder sig relevant.

5.2.4 Inklusionskriterier for informanter

For nærværende speciale blev der opstillet specifikke inklusionskriterier for at sikre relevans i forhold til undersøgelsens ambition om at belyse sundhedsprofessionelles erfaringer med behandling af unge med AN. Informanterne skulle have erfaring med behandling af børn og unge med AN samt varetage opgaver, der indebærer håndtering af kliniske og etiske dilemmaer i spændingsfeltet mellem somatisk og psykologisk behandling. Patientgruppen er afgrænset til børn og unge med AN behandlet i psykiatrisk regi – enten ambulant eller ved indlæggelse – mens behandling i privat regi er ekskluderet for at sikre ensartet og sammenligneligt datamateriale, hvad angår organisatoriske rammer og behandlingspraksis. Denne afgrænsning understøtter ligeledes specialets fokus på behandling af komplekse og akutte somatiske tilstande, som i højere grad håndteres i psykiatrien, hvor tværfagligt samarbejde er afgørende.

Derudover skulle informanterne tilhøre forskellige faggrupper, idet specialet ønsker at opnå indsigt i eventuelle nuancer og ligheder i, hvordan de hver især erfarer at arbejde med målgruppen. Samtidig ønskes der en forståelse af, hvordan de anvender strategier med afsæt i forskellige faglige bevæggrunde. Antallet og dermed afgrænsningen af informanter vurderes altid ud fra undersøgelsens rammer, varighed og ressourcer (Tanggaard & Brinkmann, 2020). Rekrutteringen af specialets fem informanter foregik gennem deling

af et opslag på relevante grupper på sociale medier (se poster i bilag 1). Derudover blev der rekrutteret gennem netværk. Dette resulterede i fem informanter: to psykologer fra forskellige regioner, én pædagog, én sygeplejerske og én psykiater. Disse faggrupper er valgt, da de indgår centralt i behandlingen og ofte må balancere lidelsens somatiske og potentielt livstruende aspekter med hensyn til patientens psykologiske behov. Andre faggrupper som ergo- og fysioterapeuter, diætister, samt social- og sundhedspersonale er ikke inkluderet af pragmatiske hensyn, selvom de også er en del af behandlingskonteksten. I specialets analyse- og diskussionsafsnit vil informanterne blive refereret til ved deres fagtitel for at tydeliggøre den faglige baggrund, deres udsagn udspringer fra.

5.2.5 Præsentation af informanter

Nærværende undersøgelse inkluderer fem sundhedsprofessionelle med erfaring i behandling af unge med AN. To af informanterne er psykologer ansat i forskellige regioner. Informant A har erfaring fra både sengeafsnit og ambulant behandling og arbejder aktuelt ambulant. Informant B er psykolog på et specialiseret sengeafsnit for unge med spiseforstyrrelser. Informant C er pædagog på et sengeafsnit for børn og unge med spiseforstyrrelser og andre psykiatriske lidelser. Informant D er psykiater med erfaring fra sengeafsnit for unge med AN. Informant E er specialsygeplejerske med efteruddannelse i psykiatri og ansat på et sengeafsnit for unge med spiseforstyrrelser. Informanterne varierer i erfaring med målgruppen fra 1,5 til 25 år.

5.2.6 Transskribering

Som led i den metodiske proces blev interviewdata i form af lydoptagelser transskriberet fra tale til skrift. I denne proces bør man ifølge Kvale og Brinkmann (2015) stræbe efter, at transskriberingen så vidt muligt afspejler den levede samtale, hvorfor jeg har været opmærksom på ikke at miste dimensioner, der kunne være betydningsfulde for analysen. Der er anvendt et simpelt transskriptionssystem, hvor lydoptagelserne er transskriberet ordret med fokus på indholdet i informanternes udsagn. For at sikre relevans er kun dimensioner med betydning for besvarelsen af forskningsspørgsmålet inkluderet (Kvale & Brinkmann, 2015). Mimik, gestik og sekundpræcise pauser er derfor udeladt. Transskriberingen fulgte en transskriptionsnøgle (se tabel 2), hvor anvendte tegn markerer fx grin,

talesprog/citater, pausemarkeringer og tryk på ord, da jeg vurderede, at disse kunne have relevans for informanternes tillæggelse af værdi og betydning. Gennemgående for alle transskriptioner er ord som “øh” udeladt samt “ja” i tilfælde, hvor det blot markerer interviewers lytning.

Transskriptionerne blev udarbejdet med hjælp fra programmet AAU Whisper, som genererede en råtransskribering. Den blev efterfølgende grundigt gennemgået og redigeret med tilføjelse af nedenstående markeringer (se bilag 4-8 for endelige transskriptioner).

Interviewer taler	Angivet med “I”
Informant taler	Angivet med “A, B, C, D, E”
Naturlig pause i tale eller afbrydelse af sætning	,
Tænkepause	(tænkepause)
Tryk på ord	<u>Understregning</u>
Talesprog/citat fra patient	“ ”
Utydelig/uigenkendelig tale	(utydelig tale)
Grin	(griner)
Region, by	X, Y, Z
(navn)	Når person nævnes ved navn

Tabel 2: transskriptionsnøgle

5.3 Ethiske overvejelser

I alle videnskabelige undersøgelser stilles der grundlæggende krav til etiske overvejelser. Når forskning omhandler menneskers levede erfaringer, opstår der et etisk problemfelt, der går forud for de metodiske valg (Brinkmann, 2020). Dette vedrører centrale principper som frivillig deltagelse, informeret samtykke, anonymitet, fortrolighed og beskyttelse af privatliv (Billups, 2021). Disse bør ikke blot ses som formelle krav, men som grundlag

for etisk forsvarlig forskningspraksis. Samtidig skal forskeren overholde gældende databeskyttelseslovgivning (GDPR) (Brinkmann, 2020). I nærværende undersøgelse har etikken været et eksplicit fokus – særligt ved indhentning af informeret samtykke og tydelig formidling af undersøgelsens formål samt anonymitetsvilkår. Alle interviews blev indledt med en introduktion af mig som interviewer, præsentation af specialets emne og formål, forsikring om anonymitet, mundtligt samtykke til lydoptagelse samt information om interviewets varighed (se bilag 2). Inden interviewene modtog informanterne en samtykkeerklæring og oplysningstekst om databehandling (bilag 3), som alle havde læst og underskrevet. Interviewene varede mellem én til halvanden time.

Informanterne er pseudonymiseret, idet deres fagtitel bevares i undersøgelsen, men hvor navn og regionen for hvilken psykiatri, de arbejder i, er anonymiseret. Dog er det ekspliciteret, om de arbejder ambulant eller på sengeafsnit, da dette vurderes relevant for deres erfaringer og strategier. For yderligere at sikre anonymitet er detaljer om anciennitet udeladt. Anonymisering i nærværende undersøgelse understreger sin relevans gennem informanternes brug af konkrete eksempler på patientforløb i deres arbejde. Til afholdelse af interviews blev der anvendt en diktafon, således lydoptagelserne kunne bevares fortroligt og sikkert, og som ligeledes er blevet slettet efter transskriptionen.

5.4 Analysemetode

5.4.1 *Refleksiv tematisk analyse*

I det følgende præsenteres specialets analytiske tilgang, som tager udgangspunkt i Braun og Clarkes (2022) udlægning af refleksiv tematisk analyse (TA). Metoden er anvendt til at bearbejde data fra specialets fem kvalitative interviews med henblik på at identificere mønstre på tværs af datasættet samt centrale temaer i de enkelte interviews. TA vurderes velegnet til undersøgelsen af sundhedsprofessionelles erfaringer med behandling af unge med AN, da metoden muliggør en struktureret tilgang til data og åbner for nuancer i informanternes udtalelser.

Det refleksive aspekt ved TA knytter sig til forskerens aktive og situerede rolle i analysen. Analysen anses ikke som en neutral, mekanisk proces, men som formet af forskerens

fortolkninger, erfaringer og kontekstuelle ståsted. Hermed forstås viden som situeret og produceret gennem forskerens aktive valg og bearbejdning af data (Braun & Clarke, 2022). I relation til specialets begrebsafklaring af det 'at erfare' er der desuden en opmærksomhed på, hvordan viden genereres – både i interviewsituationen og i den efterfølgende bearbejdning heraf. Denne viden udspringer ikke blot af informanternes udtalelser, men bør begribes som en reflektiv proces, der må forstås i lyset af forskerens erfaring og subjektivitet.

Et tema i TA betegner ifølge Braun og Clarke (2006) et mønster i data, der er meningsfuldt i forhold til undersøgelsens forskningsspørgsmål. Temaer skal derfor ikke kvantificeres, men vurderes ud fra deres relevans og repræsentativitet for datasættet som helhed – hvilket er tilstræbt i denne undersøgelse.

TA muliggør både en induktiv og abduktiv orientering til data (Braun & Clarke, 2022). Den induktive orientering tager datasættet som udgangspunktet for meningsskabelse (Braun & Clarke, 2022), hvorfor denne orientering er relevant for nærværende undersøgelse af sundhedsprofessionelles erfaringer. Der er dermed arbejdet induktivt, idet der er taget udgangspunkt i data ved nysgerrigt at se efter, hvilke temaer der kunne udledes. Behandlingen af data er dog aldrig fuldstændig induktiv, idet forskerens subjektivitet og faglige baggrund altid påvirker, hvad man optages af og lægger mærke til i meningsskabelsesprocessen (Fine, 1992 if. Braun & Clarke, 2022). I forlængelse heraf læner nærværende undersøgelse sig op ad den abduktive tilgang, idet data efterfølgende blev gennemlæst med afsæt i analysebegreber fra pragmatismen og praksisteorien. Dermed er data blevet gennemgået med særlige elementer for øje. Analysen af datasættet blev derved gennem en abduktiv tilgang understøttet af en dynamisk og meningsskabende proces, hvori teori og empiri gensidigt blev informeret af hinanden i udviklingen af undersøgelsens fund.

5.4.2 Den analytiske fremgangsmåde

I følgende afsnit vil der blive redegjort for faserne i analyseprocessen med afsæt i Braun og Clarkes (2006, 2022) reflektive tematiske analyse. Denne proces indebærer seks faser,

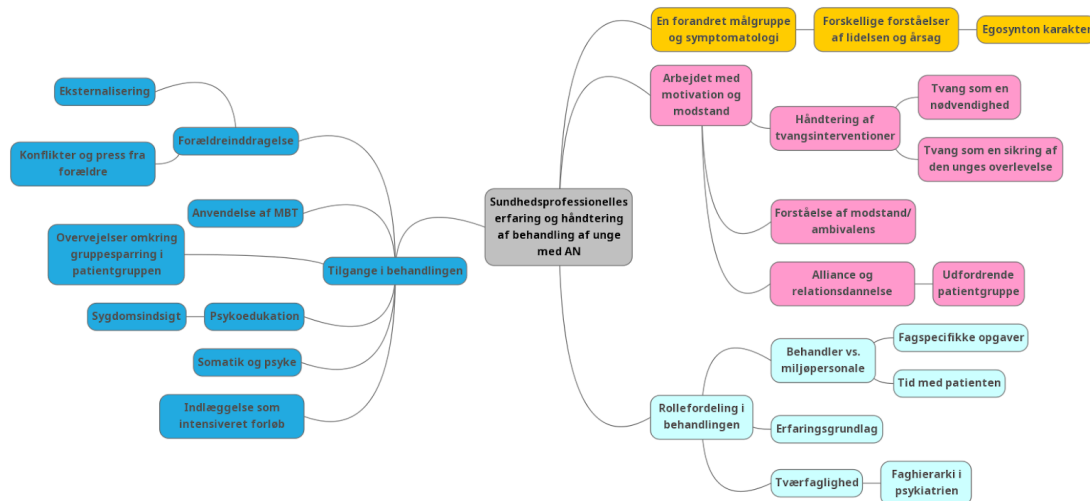
henholdsvis at 1) gøre sig bekendt med data, 2) generere indledende koder, 3) undersøge indledende temaer, 4) vurdere og udvikle temaer, 5) definere og udlede endelige temaer og slutteligt 6) skrive analyserapporten.

At gøre sig bekendt med data: I den indledende fase af TA fokuseres der på at opnå en grundig fortrolighed med data. Dette indebærer aktiv læsning og genlæsning af transskriptionerne med henblik på at identificere mening og mønstre (Braun & Clarke, 2006). Forud for denne fase blev interviews transskriberet fra lydoptagelser. Under lytningen tog jeg indledende noter til mulige kodningsideer og reflekterede over analytiske observationer, som opstod både under afholdelsen og genhøringen af interviewene.

At generere indledende koder: Anden fase i TA indebærer en systematisk gennemgang af datasættet med henblik på at identificere og markere interessante træk – såkaldte koder – og mønstre i materialet (Braun & Clarke, 2022). I nærværende undersøgelse blev alle fem transskriptioner gennemgået med fokus på at udvikle koder, der potentielt kunne danne grundlag for temadannelse og belyse aspekter af relevans for forskningsspørgsmålet. Kodningsarbejdet bestod konkret i meningskondensering, hvor udvalgte tekstuddrag blev markeret og kondenseret til meningsbærende enheder, der afspejlede centrale pointer i informanternes udsagn. Et særligt fokus i denne fase var at identificere nuancer, der kunne relateres til informanternes faglige baggrund, med henblik på at belyse mulige fagligt betingede forskelle i erfaring og tilgang. Efter den indledende kodning blev transskriptionerne genlæst med en abduktiv orientering, hvor kodningen blev suppleret med analytisk opmærksomhed på udvalgte begreber fra pragmatismen og praksisteorien.

At undersøge indledende temaer: Kodningsprocessen kan forstås som optakten til at undersøge indledende temaer. Disse temaer er ofte bredere og kan sammenfatte flere forskellige koder, som tilsammen kan udgøre et tema (Braun & Clarke, 2022). I undersøgelsen af de indledende temaer analyserede jeg derfor de koder, som viste sig i datasættet, og udforskede, hvordan disse kunne hænge sammen både på tværs af transskriptionerne og ligeledes temaer, som kunne lokaliseres inden for den samme informants udlægning. Som

en visualisering af kodningsfasen samt undersøgelse af indledende temaer ses der i nedenstående figur A en visualisering af mønstre og træk for datasættet.

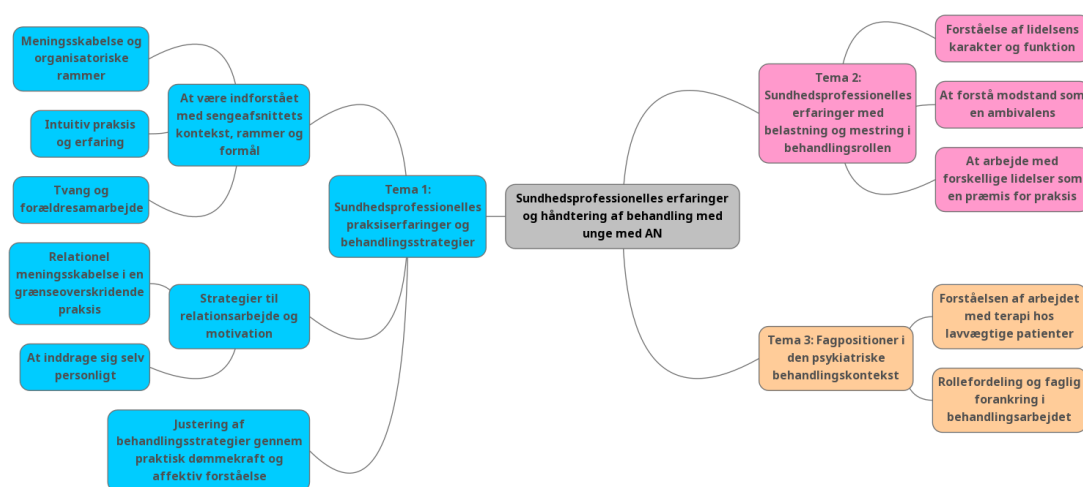


Figur A (mindmap over umiddelbare træk og mønstre samt indledende temaer)

At vurdere og udvikle temaer: Med afsæt i Braun og Clarke (2022) blev det i denne fase vurderet, om temaerne afspejlede de kodede datauddrag og var repræsentative for informanternes udsagn. Jeg var særligt opmærksom på at bevare citaters kontekst og sikre, at temaerne både havde intern sammenhæng og adskilte sig meningsfuldt fra hinanden i relation til hele datasættet.

At definere og udlede endelige temaer: I den nærmere analyse og vurdering af temaer foretages en præcisering af hvert tema gennem klare definitioner og navngivning, herunder opdeling i hoved- og undertemaer. Temaernes relevans ekspliciteres i forhold til undersøgelsens forskningsspørgsmål (Braun & Clarke, 2022). Dette lod jeg mig inspirere af, med særlig opmærksomhed på distinktionen mellem de udledte temaer og deres indbyrdes relevans for undersøgelsens formål. Denne fase resulterede i udledningen af tre hovedtemaer. Det første tema vedrører 1) *Sundhedsprofessionelles praksiserfaringer og behandlingsstrategier*, med undertemaer som at være indforstået med sengeafsnittets kontekst, rammer og formål; strategier til relations- og motivationsarbejde samt justering af strategier og praktisk dømmekraft. Derudover udledtes et tema vedrørende 2)

Sundhedsprofessionelles erfaringer med belastning og mestring i behandlingsrollen, med tilhørende undertemaer som forståelse af lidelsen, forståelser af modstand og organisatoriske rammer. Det tredje tema omhandler 3) *Fagpositioner i den psykiatriske behandlingskontekst*, og hvordan forskellige faggrupper tilgår behandlingen, og herunder samspillet mellem faglighed og ansvarsområder, erfaringsgrundlag og faghierarki i psykiatrien. Disse tre hovedtemaer blev udviklet på baggrund af en sammenslutning af flere temaer, som optrådte i datasættet. I nedenstående figur B ses en visualisering af de endelige temaer og tilhørende undertemaer.



Figur B (mindmap over endelige temaer)

At udarbejde en rapport: Slutteligt indledes rapporteringen, hvor udvalgte uddrag fra undersøgelsens transskriptioner analyseres tematisk og formuleres som en sammenhængende og akademisk historie. Denne fase udføres med en kontinuerlig opmærksomhed på forskningsspørgsmålene og den forelagte litteratur på området (Braun & Clarke, 2022). Jeg henviser her til følgende analyseafsnit for udarbejdelsen heraf.

6. Analyse

På baggrund af den reflektive tematiske analyse er der udledt tre hovedtemaer, som viste sig repræsentative og væsentlige i forhold til besvarelsen af specialets forskningsspørgsmål. Disse udledte temaer er henholdsvis 1) *Sundhedsprofessionelles praksiserfaringer*

og behandlingsstrategier, 2) Sundhedsprofessionelles erfaringer med belastning og mestring i behandlingsrollen og slutteligt et tema vedrørende 3) Fagpositioner i den psykiatriske behandlingskontekst. Disse tre temaer vil blive analyseret med afsæt i de udledte analysebegreber *erfaring, refleksion, meningsskabelse, transaktion, viden om og praktisk kunnen*, som tager afsæt i Deweys pragmatisk forståelse af, hvordan praksis udvikles, og dermed hvordan sundhedsprofessionelles praksis skabes og justeres i deres møde med patienterne. Dertil vil Schatzkis praksisteori og begreberne *praktisk forståelse, regler, teleoaffektiv struktur* og *generel forståelse* agere som et komplementerende perspektiv på, hvordan praksis må begribes ud fra de omstændigheder, kontekstuelle og organisatoriske rammer, som sundhedsprofessionelle arbejder under.

Med et pragmatisk samt praksisteoretisk blik på informanternes udtalelser vil den samlede analyse tage udgangspunkt i specialets overordnede forskningsspørgsmål vedrørende sundhedsprofessionelles erfaring og håndtering af behandling af unge med AN, hvis somatiske tilstand kan være akut. Derudover vil der på tværs af de tre temaer være et fokus på besvarelsen af specialets underspørgsmål vedrørende sundhedsprofessionelles erfaring med at navigere i samspillet mellem somatisk og psykologisk behandling, anvendelse af strategier samt fokus på eventuelle faglige nuancer i, hvordan sundhedsprofessionelle tilgår beslutningsprocesser og interventioner.

I følgende analyse vil der anvendes citater fra de afholdte interviews, hvor informanternes udtalelser vil blive refereret til som informant A-E samt deres fagtitel.

6.1 Tema 1: Sundhedsprofessionelles praksiserfaringer og behandlingsstrategier

Tema 1 består af følgende undertemaer: *At være indforstået med sengeafsnittets kontekst, rammer og formål*, som har til formål at afdække, hvordan rammerne, som sundhedsprofessionelle arbejder under, udgør betingelser for, hvordan de forstår egen praksis. Herunder undersøges deres forståelser af behandlingen, som de bringer med sig i deres handlinger. Dette vil blive efterfulgt af undertemaet *Strategier til relationsarbejde og motivation*, som omhandler erfaringer med relationsarbejdet med patientgruppen og dertil, hvordan

der arbejdes med motivation i praksis. Slutteligt vil der gennem undertemaet *Justering af behandlingsstrategier gennem praktisk dømmekraft og affektiv forståelse* dykkes ned i, hvordan der arbejdes med konkrete sproglige strategier som eksternalisering og hjælpesætninger. Disse undertemaer har tilsammen et formål om at belyse, hvordan sundhedsprofessionelle forstår og tilrettelægger deres praksis i behandlingen af unge med AN, samt hvordan deres strategier og erfaringer formes i spændingsfeltet mellem organisatoriske rammer, relationelt arbejde og konkrete strategier.

6.1.1 At være indforstået med sengeafsnittets kontekst, rammer og formål

Afsnittet undersøger, hvordan den psykiatriske kontekst og organisatoriske rammer former sundhedsprofessionelles praksis og forståelser. Informanterne beskriver indlæggelse som et akut, intensivt forløb med fokus på somatisk stabilisering – snarere end at udgøre en afsluttende behandling. Afsnittet fokuserer derfor på, hvordan konteksten præger sundhedsprofessionelles forståelser af behandlingen som en pendulering mellem psyke og soma, samt hvordan psykiatriens organisering påvirker meningsdannelsen i praksis.

6.1.1.1 Meningsskabelse og organisatoriske rammer

Informanterne beskriver indlæggelse som et intensiveret og tidsafgrænset forløb, der iværksættes ved akut behandlingsbehov som fx komplet spisestop, stagnation eller vedvarende vægttab. Indlæggelsen ses ikke som afsluttende behandling, men som en stabiliserende indsats, hvilket præger sundhedsprofessionelles behandlingsfokus. På tværs af informanterne beskrives en pendulering mellem flere behandlingsspor samt nødvendigheden i først at få patienterne somatisk stabiliseret. En af psykologerne udtaler eksempelvis:

Så er det jo sådan ret udtalt, at der er to spor i behandlingen. Der er et fysiologisk, et somatisk spor, og så er der et psykologisk spor. Og i starten så er der rigtig meget fokus på, at det fysiske spor, at vi i hvert fald har styr på det. (...) Det der med at være sådan i sult, at være sådan lidt vægtmæssigt i frit fald, hvis det nu er anoreksi. Det skal vi have bremset, før vi ligesom kan lægge fokus det andet sted. (A, psykolog, l. 235-241)

Psykologens (A) udtalelse viser, at organisatoriske rammer ikke blot er ydre strukturer, men også former forståelsen af, hvilke indsatser der betragtes som meningsfulde. Med Schatzkis praksisteori tydeliggøres, at sundhedsprofessionelles handlinger er kontekstuel forankrede. Rammer og regler for, hvornår indlæggelse iværksættes som akutfokuseret, skaber en forståelsesramme, hvor somatisk stabilisering må prioriteres. Når informanterne beskriver vægtindhentning, stabilisering og måltidsstøtte, skal det ses i lyset af nødvendigheden i først at sikre overlevelse, hvorefter andre aspekter af lidelsens psykologiske karakter behandles.

Når psykologen (A) beskriver behandlingen som todelt – med et somatisk og et psykologisk spor – illustrerer det, hvordan hendes forståelse af, hvad der er muligt og meningsfuldt i mødet med patienterne, formes af den organisatoriske kontekst. Set i lyset af Deweys pragmatisme kan meningsskabelse forstås som et aktivt, erfaringsbaseret forsøg på at skabe sammenhæng og handlekraft i komplekse situationer. Indlæggelsens primære mål – at sikre overlevelse – afgrænser dermed, hvornår psykologiske indsatser opleves som relevante. I tråd med Dewey bliver praksis dermed et resultat af en transaktion mellem fagpersonens erfaring og de organisatoriske betingelser, hvori erfaring og handling gensidigt former hinanden.

6.1.1.2 Intuitiv praksis og erfaring

Informanternes praksis er underlagt nogle specifikke regler for, hvornår indlæggelse vurderes nødvendig, samt retningslinjer for, hvilke interventioner som iværksættes (A, psykolog, 392-399). Her påpeger begge psykologer dog, at disse generelle retningslinjer ikke altid følges, hvortil følgende påpeges:

(...) nogle gange bliver det lidt en vurdering fra patient til patient, hvornår gør vi hvad. Og det er jo ud fra lidt en analyse af, kan man sige, hvilken patienttype har vi med at gøre. Og det er typisk de ansatte, som har været her i meget, meget lang tid, som trækker på deres erfaringer. Og for sådan en som mig, som ikke har været der så lang tid, så kan jeg godt tænke, okay, vi gør det her

med den her patient, vi gør det her med den her patient. (B, psykolog, l. 500-505)

I forlængelse heraf udtrykker samme psykolog, at det for hende ikke altid er tydeligt, hvornår og hvad behandlingsteamet vurderer som den rette tilgang til den enkelte patient. Hun beskriver derfor praksis som kompleks, fordi rationalet bag interventionerne ikke altid står klart (B, psykolog, l. 506–509). Disse udtalelser kan med Deweys begreber viden om og praktisk kunnen forstås som udtryk for en praksis, hvor erfarne fagpersoner i høj grad handler ud fra tillært erfaring og deres praktiske kunnen. Deres vurderinger og handlinger fremstår derfor ofte ikke som resultat af bevidst refleksion, men af internaliserede handlemønstre tilpasset konteksten. At være ny i feltet kan derfor indebære en mangel på denne intuitive praksisviden, trods besiddelse af indgående viden om målgruppen og behandlingen deraf. Psykologens udtalelser kan desuden indikere, at praksisfeltet er drevet af mange års erfaring, hvor Schatzkis begreber om generel og praktisk forståelse – altså hvad der opleves som vigtigt, passende og værdifuldt – bliver retningsgivende for handling og navigering i behandlingsarbejdet. Psykologens (B) udtalelse fra ovenstående citat:

Og for sådan en som mig, som ikke har været der så lang tid, så kan jeg godt tænke, okay, vi gør det her med den her patient, vi gør det her med den her patient. Der er nogle forskelle. Og for mig er det ikke altid tydeligt, hvorfor det er. (B, psykolog, l. 503-506)

peger ligeledes på, at hun befinder sig i situationer, som endnu er ubestemte og derfor mangler meningsskabelse (det som Dewey kalder “indeterminant situation”). Med refleksion som noget, der opstår i en indeterminant situation, kan det derfor siges, at psykologen (B) befinder sig i en aktiv refleksiv proces, hvor hun forsøger at skabe sammenhæng mellem teori og praksis i sin rolle. Ligeledes afspejler situationens ubestemte karakter en ubalance mellem viden, erfaring og handling, hvilket gør situationen transaktionel. Psykologens praksis udvikles derfor transaktionelt gennem mødet mellem hendes nuværende erfaringer og praksisfeltets krav. Dette understøttes af informanternes fælles forståelse af, at behandling af spiseforstyrrelser er et komplekst felt, som kræver erfaring at mestre.

6.1.1.3 Tvang og forældresamarbejde

Sundhedsprofessionelle arbejder inden for klare juridiske og kliniske rammer, hvilket blandt andet indebærer overholdelse af psykiatriloven. Pædagogen fremhæver, at loven danner grundlag for vurderinger om fx tvangsernæring, hvor specifikke kliniske markører i form af blodprøvesvar afgør, hvornår indgreb må iværksættes. I den forbindelse påpeges det på tværs af informanterne, at de kan komme i konflikt med forældre, da der kan være uenighed omkring sondeernæring, hvor forældre kan efterspørge en indgriben i bekymring for deres barns tilstand, til trods for at blodprøvesvar er acceptable. Selvom tvangsernæringen styres af objektive regler i form af blodprøvesvar, kan sådanne uoverensstemmelser mellem sundhedsprofessionelle og forældre forstås som, at den teleoaffektive struktur kan være forskelligt fortolket mellem personalet og pårørende. Selvom tvangsernæringen styres af kliniske indikatorer som blodprøvesvar, kan konflikt mellem sundhedsprofessionelle og forældre forstås som et udtryk for forskellige teleoaffektive strukturer i form af tvangsernæringens formål og det affektive engagement fra personalet og forældre. Dette kan siges ikke nødvendigvis at omhandle en mangelfuld kommunikation men snarere om ulige mål og affektivt engagement.

Et andet forhold ved den organisatoriske ramme, som kan indvirke på meningsskabelsen, er sundhedsprofessionelles forståelser af indlæggelse som et afgrænset og intensiveret forløb. Eksempelvis italesætter pædagogen: “Og det kan også være svært at sige til dem, “jeg vil rigtig gerne hjælpe dig. Men herinde er det jo den akutte behandling, du får. Og det længerevarende forløb, det kommer jo ikke til at foregå inde hos os”.”, hvortil hun tilføjer, at hun har det fint med, at det længerevarende forløb ikke finder sted hos dem (C, pædagog, l. 150-152; 300-301). Pædagogens udsagn om, at det længerevarende arbejde ikke foregår på afsnittet, illustrerer, hvordan hun skaber mening med sin rolle inden for de strukturelle rammer. I lyset af Deweys pragmatisme skabes denne mening af de handlemuligheder, konteksten giver. Indlæggelsen som et intensiveret og kortvarigt forløb bliver rammesættende for, hvad hun oplever som relevant og meningsfuldt. Hendes opfattelse af ikke at have ansvar for det længerevarende behandlingsforløb viser, hvordan organisatoriske strukturer former rolleforståelse og ansvar. Med Schatzkis begreb om generel forståelse ses dette som en del af praksisfællesskabets normer, der guider hendes oplevelse

af funktion og bidrag. Det bliver dermed en strategi til at afgrænse ansvar og skabe mening i en kompleks praksis.

6.1.2 Strategier til relationsarbejde og motivation

Dette afsnit undersøger, hvordan sundhedsprofessionelle anvender relationen som både grundlag og redskab i behandlingsarbejdet. Afsnittet dykker ned i, hvordan relationer ikke blot er en ramme for samarbejde, men forstås som et aktivt element i den terapeutiske indsats. Der fokuseres på, hvordan sårbarhed og personlig inddragelse forstås som led i at opbygge tillid, styrke motivation og skabe mening i praksis.

6.1.2.1 Relationel meningsskabelse i en grænseoverskridende praksis

Gennem informanternes udtalelser fremhæves det, hvordan grænseoverskridende interventioner samtidig kan være relationsopbyggende. Psykolog A beskriver, hvordan relationen kan styrkes i situationer som vejning, og fortæller, at relationen “kan bære, at man står i noget, der mega sårbart sammen” (A, psykolog, l. 685-687). Hun oplever det som tillidsskabende at vise patienten, at de ikke står alene, men at hun kan rumme svære følelser i angstprovokerende situationer. Udtalelsen illustrerer, hvordan praksis indebærer en pendulering mellem behandlingssporene. Her bliver nærvær i sårbare situationer en aktiv erfaring for psykologen, hvor hun via sin praktiske kunnen tolker en potentielt relations-truende situation som en mulighed for noget relationelt opbyggende. Sårbarhed forstås ikke som en risiko, men som et redskab til at skabe mening og tillid i behandlingen. Dette kan tolkes som en måde, hvorpå psykologen navigerer i spændingsfeltet mellem soma og psyke, hvor det at veje patienten bliver en del af hendes fortolkende meningsskabelse af grænseoverskridende interventioner i praksis. Dette illustrerer ligeledes en teleoaffektiv struktur, hvor det at kunne rumme patientens følelser og stå i det sårbare sammen ikke blot er en tilfældig strategi, men snarere en meningsbærende praksis, som understøtter behandlingsmålet om stabilisering.

Som en anden strategi til relationsdannelse beskriver sygeplejersken, hvordan der kan være en tryghedsskabende værdi i at deltage i tvangsernæring og oplever, at patienter finder en tryghed i “at du både kan stå med mig, når det er allerværst, og du kan stå med mig,

når det er lidt nemmere. Du kan holde til, at det er helt galt det her.” (E, sygeplejerske, l. 634-637). Sygeplejerskens udtalelse peger på, at hun opfatter det at være til stede i grænseoverskridende situationer som en styrkelse af relationen. Med Deweys pragmatisme kan hendes tilgang forstås som en meningsskabende refleksion i en indeterminant situation, hvor følelsesmæssig kompleksitet og etisk ambivalens ved tvang omformes til en kilde til tillid. Hendes relationelle nærvær bliver således en tryghedsmarkør i patientens oplevelse af kaos og kontroltab.

Både psykologens (B) og sygeplejerskens udsagn kan forstås som meningsrammer, der hjælper dem med at skabe mening i deltagelsen i grænseoverskridende interventioner. Det illustrerer, hvordan sundhedsprofessionelle anvender meningsskabende fortællinger som en strategi – både overfor sig selv og patienterne – til at forbinde det somatiske og psykologiske spor. På den måde fastholder de faglig integritet og relationel forankring i situationer præget af kompleksitet og sårbarhed.

6.1.2.2 At inddrage sig selv personligt

Der fremhæves yderligere to strategier i form af at inddrage sig selv personligt og at være autentisk som en del af relationsarbejdet med patienterne. Sygeplejersken beskriver, at hun har en særlig opmærksomhed på forholdet med at inddrage sig selv personlig uden at blive privat, hvilket hun beskriver gennem følgende:

Men igen, så er det jo også, altså, det er jo ikke bare noget, man gør. Så hvordan er det, vi får kontakt, og hvad er det, vi kan få kontakt om? Det tror jeg da, det er sådan hele tiden. Det er der blik, der skal være, okay, “hvor er der lige de her sprækker?” (...) Jamen, det kan for eksempel være, (...) en ung, der havde samme racehund, (...) Og så var der jo kontakt omkring det her, og så billeder, og hvad så laver jeg så også det, og sådan noget. Og ja, ja, og så er der en kontakt. (...), så det er jo nogle gange at finde, balance mellem, altså, jeg bruger mig selv, (...) jeg kan godt blive personlig, men ikke privat. (...) Så det er det med at sætte sig selv lidt i spil, på den måde. (E, sygeplejerske, l. 610-622)

Sygeplejerskens strategi om at finde "sprækker" for kontakten, kan belyses gennem Deweys forståelse af erfaring som aktiv gennem en vekselvirkning mellem individet og omgivelserne – her patienten. Hendes erfaring med målgruppen gør hende opmærksom på patienters potentielle tilbageholdenhed og hjælper hende med at identificere åbninger for dialog, som i dette tilfælde omhandler kæledyr og dermed reference til patientens liv uden for de psykiatriske rammer. Dertil kan det siges, at sygeplejersken skaber mening i interaktionen ved at opfange relevante fællesnævner og derigennem inddrage sig selv personligt som en relationsdannende strategi. Denne balancerende mellem at være personlig uden at blive privat signalere en praktisk kunnen, hvor hun formår at handle intuitivt ud fra sin erfaring og dermed gør det relationelle arbejde situeret og tilpasset den enkelte patient.

I forlængelse af ovenstående kan relationsdannelse siges at være styret af en teleoaffektiv struktur. Målet om at skabe kontakt og tillid gennem personlig inddragelse illustrerer, hvordan der er følelsesmæssige normer og sociale strukturer for, hvad man finder passende i behandlingspraksissen. Desuden beskrives det af den ene psykolog (B), hvordan hun gør sig overvejelser i, hvornår hun trækker på sin autoritet og faglighed, og hvornår hun i højere grad trækker på en "menneskelig autenticitet" i form af fx at være eksplicit, hvis hun laver en fejl (B, psykolog, l. 634-668). Hertil beskriver hun, at hun i nogle tilfælde kan være usikker i relationen til forældre og patienter, hvilket hun til dels tilskriver sin alder. Psykologen (B) anvender derfor refleksion i forhold til, hvordan hun kan gøre relationen meningsfuld og beskriver ligeledes:

Jeg ved, at der er også mange af pigerne, der sætter rigtig høje krav til sig selv, jeg ved, at der er mange, der har overvejet at blive sygeplejerske eller psykolog, og jeg tænker, jamen, vi er også rollemodeller, og jeg tror, det er lidt det, jeg prøver at trække på, når jeg har min alder. (B, psykolog, l. 665-668)

Dette illustrerer, at hun reflekterer over, hvordan hun kan bruge sig selv til at styrke relationen, hvilket resulterer i en veksling mellem autoritet og autenticitet afhængigt af dynamikken mellem hende og patienten samt pårørende. Dette eksemplificerer en form for

praktisk kunnen baseret på erfaring og refleksion i at bruge sin alder og personlighed bevidst i relations- og motivationsarbejdet.

6.1.3 Justering af behandlingsstrategier gennem praktisk dømmekraft og affektiv forståelse

I ovenstående afsnit omkring forståelser af behandlingsindsatsen via indlæggelse samt arbejdet med relationsdannelse har der været fokus på at belyse rammerne for sundhedsprofessionelles arbejde og dertil, hvordan sundhedsprofessionelle navigerer gennem blandt andet meningsskabende fortællinger. I dette afsnit dykkes der ned i informanternes udlægninger af specifikke behandlingsstrategier som eksternalisering som strategi til patienter versus forældre. Derudover belyses anvendelsen af hjælpesætninger med henblik på at sprogliggøre patienters indre tilstande som en del af sundhedsprofessionelles arbejde med det psykologiske spor i behandlingen.

Eksternalisering kan forstås som integreret i det psykologiske behandlingsspor, hvor man prøver at adskille patientens identitet fra lidelsen for at muliggøre refleksion og forandring. Eksternalisering i praksis synes at blive anvendt forskelligt afhængigt af den enkelte fagpersoners erfaring og faglige vurdering. Den ene psykolog (B) italesætter eksternalisering som en central strategi (B, psykolog, l. 863), og den anden psykolog (A) fremhæver, at eksternalisering bør anvendes med stor omhu og tilpasses individuelt, for at det ikke bliver en rutinemæssig tilgang på tværs af patienter (A, psykolog, l. 313-322), hvilket uddybes således:

Hvis man har en voksen eller en ung, der ikke kan se forskel på sig selv og spiseforstyrrelsen, og sådan vil du tit have det, fordi det er mere egosyntont, så skal man lade være med at insistere på at bruge eksternalisering som et redskab. (...) hvis man insisterer på at gøre brug af eksternalisering, nogle gange også sådan lidt unødigt, kan man skabe sig sådan en, altså, du kan komme til at skabe sådan en uheldig kløft mellem dig og din patient. Ved at insistere på at ville skille spiseforstyrrelsen og patienten ad. (A, psykolog, l. 324-331)

Desuden fremhæver hun eksternaliseringens relevans i arbejdet med forældre og påpeger, hvordan evnen til at kunne adskille lidelsen fra sit barn er afgørende for at kunne placere sine følelser og frustrationer det rette sted, således disse følelser ikke resulterer i en udskældende af den unge (A, psykolog, l. 355-362). Psykologens overvejelser i forhold til anvendelsen af eksternalisering kan i lyset af Deweys erfarings- og refleksionsbegreb være med til at fremhæve, hvordan sundhedsprofessionelle ikke handler automatisk, men reflektere over erfaringer og dermed tilpasser deres anvendelse af strategier for at skabe den bedste kontakt med patienten. Her kan man med fordel påpege, at psykologen (A) handler ud fra en praktisk kunnen, idet hendes overvejelser illustrerer en situationsfornemmelse baseret på erfaring. Ligeledes demonstrerer hun en praktisk forståelse for, hvordan anvendelsen af eksternalisering skal være differentieret. Eksternalisering kan forstås som indlejret i en teleoaffektiv struktur, hvor det affektive element består i den sundhedsprofessionelles evne til at forholde sig empatisk og nuanceret til patientens indre tilstande. Strategiens formål om at styrke patientens identitetsfølelse adskilt fra lidelsen kan derfor være nyttig til at styrke relationen mellem forældre og deres barn, men må tilpasses de affektive dynamikker hos patienten såvel som forældrene.

En anden strategi fremhæves af sygeplejersken og består i, at man forsøger at formulere hjælpesætninger i formålet om at sprogliggøre, hvad der kan opleves som svært for patienten. Sygeplejersken beskriver, at det er en patientgruppe, hvor man kan have svært ved at sætte ord på sit indre liv, hvorfor man har fundet uhensigtsmæssige måder, i form af den spiseforstyrrede adfærd, at regulere sig på. Hun beskriver hertil, hvordan hun går nysgerrigt til værks ved at foreslå, hvordan hun forestiller sig, patienten må føle, og fokuserer på ikke at lade sig affeje af et nej (E, sygeplejerske, l. 406-413). Transaktionen mellem patient og sygeplejerske bliver meningsskabende for sygeplejersken, idet hun gennem sprogliggørelsen af patientens tilstand bliver i stand til at justere sin støtte. Hun demonstrerer en praktisk kunnen ved at være i stand til at justere sproget og relationen intuitivt. Hertil afspejler sygeplejerskens handlinger en praktisk forståelse, idet hun ikke er fastlåst til én forståelse af, hvad der kan være årsag til patientens adfærd eller antage patientens indre liv. Hendes handlinger er derfor ikke styret af faste regler, men af en situeret dømmekraft i praksis. Ligeledes bliver hendes måde at bruge sproget som strategi en praksis

inden for en teleoaffektiv struktur, hvor sygeplejerskens indlevelse og tålmodighed bliver styrende for, hvordan hun handler i praksis.

Opsummerende for tema 1 omhandlende sundhedsprofessionelles anvendelse af strategier til behandling af målgruppen kan det siges, at der arbejdes ud fra en generel forståelse af indlæggelse som et intensiveret og livreddende behandlingsforløb med fokus på vægtindhentning og stabilisering af vitale værdier. Strategierne i praksis kan ud fra analysen siges at afspejle både faste rammer og regler, som udgør betingelser for sundhedsprofessionelles praksis, og dertil en situeret dømmekraft og evne til at reflektere over egen praksis, således den bliver meningsskabende for patienter og dem selv. Praksis formes hertil af relationer og transaktioner gennem brug af sproglige strategier som eksternalisering og hjælpesætninger for at støtte patienters og sundhedsprofessionelles refleksion og menings-skabelsesproces.

6.2 Tema 2: Sundhedsprofessionelles erfaringer med belastning og mestring i behandlingsrollen

Tema 2 undersøger, hvordan sundhedsprofessionelle skaber mening og fastholder engagement i en praksis præget af modstand, kompleksitet og følelsesmæssig belastning. Med udgangspunkt i informanternes beskrivelser belyses det, hvordan faglige forståelser og organisatoriske rammer former oplevelsen af, hvad der opleves som muligt og meningsfuldt i arbejdet med målgruppen. Temaet er inddelt i tre undertemaer: *Forståelse af lidelsens karakter og funktion*, der udfolder forskellige perspektiver på lidelsens bagvedliggende årsager; *At forstå modstand som ambivalens*, der viser, hvordan modstand fortolkes og håndteres; samt *At arbejde med forskellige lidelser som en præmis for praksis*, der fokuserer på, hvordan organisatoriske forhold påvirker mulighederne for at opretholde faglig og følelsesmæssig vedholdenhed.

6.2.1 Forståelse af lidelsens karakter og funktion

Informanternes beskrivelser af, hvordan de forstår lidelsen, kan siges at blive en fortolkningsramme, de trækker på i praksis. Deres indbyrdes forståelse bliver en måde at navigere i en praksis præget af modstand eller ambivalens. Deres forståelser agerer derfor ikke

udelukkende som en teoretisk tilgang, men bliver en strategi til at håndtere det følelsesmæssige pres, som praksis kan være præget af. Informanterne forklarer, hvordan de hver især forstår lidelsen som en håndteringsstrategi (A, psykolog, l. 244-247), en kontroltagen (C, pædagog, l. 452-455) eller en form for selvskade (D, psykiater, l. 255-257). I tillæg hertil forklarer sygeplejersken:

jeg tænker, at der har været noget, der har været svært for den unge, på et eller andet tidspunkt, (...). Og så tænker jeg, at det er nogen, altså ofte er det nogle unge, som har haft det svært, og måske har få ord for sådan, sit indre liv, (...) og det kan være, altså mere grundlæggende, men det kan også være, det miljø, som barnet har været i. (...) Hvad er det, jeg kan få kontrol over, når noget andet i mit liv, er så rigtig svært? Kan det blive mad, og kan det blive krop, og hvad er det, jeg kommer til at spejle mig i? (E, sygeplejerske, l. 326-335)

Disse fremlagte forståelser af lidelsen kan siges at illustrere, hvordan refleksion skaber en vej til mening i et svært praksisfelt. Meningsskabelsen bliver derfor en måde, hvorpå de sundhedsprofessionelle forstår patientens adfærd som en mestringsstrategi, patienten har fundet nyttig i en kaotisk periode i sit liv. Det kan derfor formodes, at deres forståelser fordrer håndteringen af følelsesmæssigt belastende situationer med patienterne. I relation hertil påpeger den ene af psykologerne (A), at hun tilgår patienterne ud fra en nysgerrighed omkring, "Hvad er det egentlig, der gør, at spiseforstyrrelse for dem blev en håndteringsstrategi?" (A, psykolog, l. 246-247). Denne nysgerrighed og forståelse af lidelsen som en form for håndteringsstrategi giver psykologen en forklaringsramme for patienters potentielle modstand, og kan hjælpe hende med at fastholde en empatisk og refleksiv tilgang i situationer, hvor praksis bliver følelsesmæssigt krævende.

Eksemplet med at forstå spiseforstyrrelsen som et kontrolbehov kan ligeledes afspejles i sygeplejerskens praksis. Gennem sine handlinger under måltider med patienterne får hun gennem en praktisk kunnen omsat sin viden til en konkret strategi til at tilgå patienterne. Hertil kan det udledes, at sygeplejersken ligeledes finder mening i at skulle tage kontrollen

fra patienterne under måltidstræning, idet hun gennem sin forståelse af lidelsen som en kontrolden formår at se mening med at fratage patienten den kontrol, som vedligeholder adfærden. Informanternes forståelser af lidelsen får dermed betydning for, hvordan de forholder sig til patienterne og deres adfærd samt håndterer den frustration, som praksis kan indebære.

Informanternes forståelser af lidelsen som noget, der omhandler kontrol, traume eller strategi til følelsesregulering udgør en generel forståelse for den praksis og kontekst, de er indlejret i. Deres forståelse af lidelsen bliver dermed en meningsramme, som de lader deres praksis udspringe fra og måde at opretholde en nysgerrighed til patienten. Hertil kan det udledes, at deres forståelser kan støtte dem i at træffe beslutninger om svære interventioner som tvangsernæring. I relation hertil italesætter den ene af psykologerne:

(...) nogle gange kan man faktisk føle, at man gør nogen ondt i den her behandling. Fordi du hjælper dem. Det ved du, du gør, fordi du ved, du har en evidensbaseret metode, som du følger (...) Men (tænkepause) i realiteten, der kan det dælme godt virke som, at du egentlig gør dem ondt. (B, psykolog, l. 355-359)

Evnen til at handle ud fra en generel forståelse om at se spiseforstyrrelsen som et symptom på noget underliggende, kan derfor være med til at give en forklaring – og dermed skabe mening med de indsatser, som kan fremstå svære.

Samtidig formes sundhedsprofessionelles praksis af en teleoaffektiv struktur, hvor følelsesmæssige praksisnormer som empati, nysgerrighed og formålet bliver afgørende for, hvordan de handler og ikke lader sig påvirke af frustration eller opgiveness. Deres handlinger styres derfor ikke udelukkende af viden og regler, i form af fx en objektiv regel om, hvornår tvang iværksættes, men også af en forståelse af, hvorfor de handler, som de gør. Dertil påpeges det af alle informanterne, at tvangsernæring forstås som en nødvendighed i formålet om at sikre patientens overlevelse og undgå varig fysiologisk skade, hvilket fx italesættes af pædagogen: “Jeg tænker jo, når vi når derud, så er det jo nødvendigt. (...) Så

det er ikke sådan, at jeg har svært ved at give dem sonde med tvang, for eksempel. Altså fordi jeg tænker, at det er nødvendigt.” (C, pædagog, l. 378-782). Når sundhedsprofessionelle derfor står i svære situationer, som kan være præget af konflikt og modstand, kan de, med afsæt i den teleoaffektive struktur og deres generelle forståelse, forstå situationerne som nødvendige for patientens bedring og ikke som barrierer for deres praksis. På den måde kan den teleoaffektive struktur rammesætte sundhedsprofessionelles handlinger og forstå dem i lyset af behandlingsmålet, hvilket kan gøre det nemmere at håndtere de svære situationer uden at miste retning og engagement.

6.2.2 At forstå modstand som en ambivalens

I det følgende afsnit undersøges, hvordan sundhedsprofessionelle forstår og håndterer det, der umiddelbart kan fremstå som modstand fra patienter. Undertemaet belyser, hvordan denne adfærd i praksis kan forstås som ambivalens – en kompleks følelsesmæssig tilstand præget af angst og kontrolbehov – og hvordan denne forståelse fungerer som en menings-skabende strategi i behandlingsarbejdet. Afsnittet har til formål at vise, hvordan de navigerer i situationer, hvor tematikker som relationel dynamik, implicit kommunikation og professionel dømmekraft er centrale for, at patienternes adfærd tolkes som udtryk for indre konflikt snarere end reel modvilje.

Psykolog A påpeger, at hun sjældent oplever direkte modstand fra patienter, men snarere en ambivalens, som hun forstår som patienternes frygt for forandring. Denne adfærd tolker hun ikke som modvilje, men som en reaktion på en oplevet trussel – fx forestillingen om, at behandling udelukkende handler om vægtøgning og dermed risikerer at bringe patienten tilbage til en svær livssituation (A, psykolog, l. 446–470). I lyset af Deweys begreb indeterminate situation kan psykologens tilgang forstås som et udtryk for en refleksiv praksis, hvor hun forsøger at skabe stabilitet og forståelse gennem meningsskabelse. I stedet for at handle ud fra en automatisk vurdering af adfærd, forsøger psykologen at afdække det underliggende rationale bag patientens reaktioner. Derudover tilføjer hun, at hvis adfærden tolkes som en vredsladen modstand, risikerer det at skabe en uhensigtsmæssig dynamik i relationen, og understreger i den forbindelse vigtigheden af at forstå adfærden som noget trusselsfremkaldt og ængsteligt (A, psykolog, l. 473-475). I konfliktfyldte situationer kan

evnen til at reflektere over baggrunden for patientens adfærd være en støtte til at skabe mening med, hvad konflikten udspringer fra, og dermed bruge fortællingen om, at modstand skal forstås som en reaktion på en trussel, som en strategi til at udholde og håndtere følelsesmæssigt belastende interaktioner med patienten. I lyset af Deweys erfaringsbegreb udviser psykologen en praktisk kunnen, hvor hendes erfaringsmæssig ballast gør hende i stand til at se bag om adfærden i konfliktfyldte situationer – en ballast, der gør, at hun kan tilpasse sine handlinger ud fra en transaktion mellem hende selv og patienten.

Ligeledes fremhæver psykolog B, at patienterne ofte er motiverede, men præges af ambivalens, da de kæmper med angst og behov for kontrol. I forlængelse heraf italesætter psykologen, at alliancen mellem hende og patienter kan fremstå “ret pseudo”, idet patienternes ambivalens kan gøre det vanskeligt at vurdere, hvorvidt de reelt er engagerede, eller om de blot tilpasser sig relationen uden at “give slip” på spiseforstyrrelsen (B, psykolog, l. 104-112). Dette fremhæver, hvordan ambivalens eller modvilje ikke altid er eksplicit, men at praksis kræver en indsigt i de subtile dynamikker i relationen. Patientens umiddelbare samarbejdsvillighed kan derfor dække over frygt for den forandring, psykologen forsøger at iværksætte. Med afsæt i Dewey forstår psykologerne ikke modstand som modvilje, men som følelsesmæssig ambivalens, hvilket gør praksis mere håndterbar. Begge psykologer påvirkes af en teleoaffektiv struktur, hvor empati og tålmodighed guider deres handlinger. De trækker dermed på en generel forståelse, som støtter dem i at bevare relationen – en tilgang som kan udledes som en strategi til at mestre svære situationer.

6.2.3 At arbejde med forskellige lidelser som en præmis for praksis

Dette undertema belyser, hvordan organisatoriske forhold, herunder sammensætningen af patientgrupper og supervision, har betydning for sundhedsprofessionelles muligheder for at skabe mening og finde følelsesmæssig og faglig robusthed i deres praksis.

Med afsæt i informanternes erfaringer undersøges, hvordan forskellige organisatoriske strukturer kan fungere både støttende og begrænsende for arbejdet med komplekse patientgrupper, og hvordan disse rammer påvirker mulighederne for at bevare engagement og håndtere belastninger i praksis. I den forbindelse beskriver pædagogen, at der på hendes

arbejdsplads indlægges patienter med forskellige psykiatriske lidelser, hvorfor sengeafsnittet ikke kun udgøres af patienter med spiseforstyrrelser. Hertil beskriver hun, hvordan hun oplever variationen i patientgruppen som et positivt element for hendes praksis, og fortæller, at “jeg kan godt lide at det er lidt blandet, fordi ja, hvis man virkelig har haft det et tungt forløb eller sådan noget, jamen så kan man overgå til noget andet.” (C, pædagog, l. 366-368). Pædagogens udtalelse kan siges at pege på en hensigtsmæssig – tilsigtet eller utilsigtet – organisering af praksis, idet variationen kan fungere som en måde at skabe et mentalt overskud til at håndtere modstand og konflikter. Set i lyset af Deweys erfaringsbegreb kan pædagogens udtalelse forstås som et udtryk for, at hendes erfaringer med praksis har resulteret i en erkendelse af at have et behov for afveksling for at kunne håndtere belastninger i praksis. Denne erfaring kan siges at udgøre grundlaget for pædagogens meningsskabelse, idet hun bruger sine erfaringer til at fortolke og reflektere over egen praksis i den aktuelle behandlingskontekst. Hendes beskrivelse vidner dermed om en aktiv bearbejdning af tidligere erfaringer, som hun omsætter til en præference for hendes aktuelle praksis. Dette kan ses som en refleksiv tilpasning, hvor hun justerer sin praksis for at opretholde engagement og følelsesmæssig robusthed i en krævende behandlingskontekst.

Derudover reflekterer pædagogen over, hvordan hun påvirkes af den praksis og kontekst, hun er i, og udviser en aktiv måde at forholde sig til egen praksis med komplekse målgrupper. Dette peger på, hvordan konteksten, og herunder strukturelle rammer, har betydning for, hvilke muligheder sundhedsprofessionelle har i praksis. Pædagogen udviser en praktisk forståelse i måden, hvorpå hun intuitivt tager højde for, hvordan belastninger kan variere mellem patientgrupper, og tilpasser dermed sin praksis ud fra denne praktiske forståelse. At foretrække varierende patientgrupper kan dermed forstås som en situationsbunden strategi, der opstår gennem pædagogens praksiserfaring, og som understøtter hendes faglige kapacitet. Hendes praksis afspejler ligeledes en teleoaffektiv struktur, hvor ønsket om at støtte patienterne forudsættes, at hun bevarer sit faglige engagement i et følelsesmæssigt krævende felt.

Mens pædagogen ser variation i patientgruppen som en ressource, peger psykiateren derimod på, hvordan en sådanne organisering kan udfordre praksis. Her beskriver psykiateren følgende:

Men der er bare så mange sager, og der er så mange svære sager, når du er i sengeafsnit. Når det ikke kun er spisepatienter, hvor de andre patienter kan fylde så meget mere. Så man får ikke decideret supervision for dem, der har spisepatienter, (...). Men mange gange kan det være andre patienter (...). Jeg synes, at det kunne være dejligt med lidt mere fokuseret supervision på spiseudfordringer. (D, psykiater, l. 198-205)

Psykiaterens beskrivelse af, hvordan blandede patientgrupper kan medføre manglende fokuseret supervision af behandling af spiseforstyrrelser, peger på, at praksis ikke alene formes af individets erfaring, men ligeledes af den kontekst, den udfolder sig i. Psykiaterens handlemuligheder kan siges at blive begrænset af det organisatoriske site – altså det praksisfelt, hvor ressourcer og strukturer definerer, hvilke praksisser der prioriteres. Patienter med andre problemstillinger kan fylde i grad, hvor arbejdet omkring patienter med spiseforstyrrelser marginaliseres i supervisionen grundet andre presserende sager. Denne organisering kan medføre en manglende støtte, hvilket kan forstås som en begrænsning i praksissens regler og ressourcer. Dette kan formodes at påvirke deres mulighed for at mestre den følelsesmæssige og faglige belastning i praksis. Jævnlig specialiseret supervision kan dermed være en organisatorisk strategi for sundhedsprofessionelles oplevelse af at kunne mestre og håndtere praksis, som ellers kan være udfordret af pågældende rammer med blandede patientgrupper. Fraværet af denne støtte kan derfor begrænse sundhedsprofessionelles mulighed for at bearbejde deres erfaringer, hvilket kan gøre det svært at udvikle praktiske kunnen gennem refleksion. Sundhedsprofessionelles faglige udvikling kan dermed siges at blive komprimeret, hvis der ikke er tilstrækkeligt organiserede transaktionelle processer i form af fx supervision, hvor de kan reflektere over samspillet mellem erfaring og handlinger, hvilket kan være svækkende for deres følelse af mestring og håndtering af belastninger i praksis.

Gennem tema 2 vedrørende sundhedsprofessionelles erfaringer med belastning og mestring i behandling af målgruppen er det blevet belyst, hvordan sundhedsprofessionelle navigere i en praksis præget af modstand og følelsesmæssig kompleksitet. Informanternes forståelser af lidelsen udledtes til at fungere som meningsskabende rammer, der støtter deres engagement og evne til at tolke patienters reaktioner empatisk. Ligeledes er det belyst, hvordan de organisatoriske rammer påvirker sundhedsprofessionelles muligheder for at bevare faglig retning og følelsesmæssig robusthed. Overordnet peger afsnittet på, at både individuel og strukturel meningsskabelse er afgørende for at kunne håndtere et komplekst og følelsesmæssigt krævende behandlingsfelt.

6.3 Tema 3: Fagpositioner i den psykiatriske behandlingskontekst

Behandling af spiseforstyrrelser er organiseret ud fra tværfaglige indsatser, hvor forskellige faggrupper bidrager med forskellige perspektiver, opgaver og forståelser. Informanternes udtalelser peger på, at behandlingen formes af fælles mål og fagspecifikke tilgange. Dette tema belyser derfor, hvordan praksis kan være præget af både samarbejde og faglige nuancer – noget som kan fremme og udfordre en samstemt behandlingsindsats. Fagpositionernes betydning undersøges gennem to undertemaer, henholdsvis *Forståelsen af terapeutisk arbejdet med lavvægtige patienter* og *Rollefordeling og faglig forankring i behandlingsarbejdet*.

6.3.1 Forståelsen af terapeutisk arbejde med lavvægtige patienter

I følgende afsnit belyses, hvordan informanterne forholder sig til terapi til lavvægtige patienter. Afsnittet udfolder problematikken om, hvorvidt det er muligt og meningsfuldt at tilbyde psykoterapi til fysisk og potentielt kognitivt påvirkede patienter, og viser, hvordan sundhedsprofessionelle – afhængigt af faglighed og organisatoriske rammer – navigerer i spændingsfeltet mellem somatisk stabilisering og psykologisk behandling.

I spændingsfeltet mellem soma og psyke kan der være uenighed om, hvorvidt lavvægtige patienter kan behandles terapeutisk. Informanternes syn på terapi til lavvægtige patienter på sengeafsnit rummer både mono- og tværfaglige nuancer samt enkelte fællestræk.

Psykolog A fremhæver, at man altid kan arbejde terapeutisk med lavvægtige patienter, såfremt de ikke er i decideret spisestop, og henviser til forskningsresultater, der viser, at lavvægt ikke nødvendigvis påvirker kognitiv funktion. Hertil pointerer hun, at adfærdsendring og terapi bør gå hånd i hånd (A, psykolog, l. 585-594). Hun insisterer derfor på, at terapien er en nødvendig komponent i behandlingen, uanset patientens vægt. I perspektivet af Deweys pragmatisme kan psykologens (A) tilgang begribes som et udtryk for en aktiv meningsskabelse og refleksion over praksis, hvor viden om kognition og lavvægt integreres i den praktiske kunnen. Hun kan dermed siges at afvise dikotomien mellem somatisk og psykologisk behandling. Hendes forskningsbaserede argumentation kan samtidig tolkes som en legitimering af psykologfagligheden i en kontekst præget af somatisk fokus.

Som en monofaglig nuance beskriver den anden psykolog (B), at “det store psykologiske arbejde det kommer nok ikke til at foregå nede hos os (sengeafsnit). Fordi de er for lavvægtige, og fordi vi har dem i så kort tid.” (B, psykolog, l. 930-932), og uddyber:

Jeg kan jo godt føle, at arbejdet med det psykologiske går på bekostning af, at de er så dårligt somatisk. (...) der har jo været argumentet om, at jamen, man kan ikke rigtig lave psykoterapi på folk, som er så lavvægtige, fordi de ikke har de kognitive ressourcer, der skal til for egentlig at kunne få noget ud af det. (B, psykolog, l. 918-921)

Dette kan siges at stå i kontrast til den anden psykolog. Psykologens (B) udtalelser peger dertil på en generel forståelse i praksis, hvor lavvægt betragtes som en barriere for at kunne arbejde terapeutisk. Dog kan hendes udtalelser også forstås som et udtryk for, at hun befinder sig i en meningsskabende proces, hvor hun er ved at finde sin position og tilpasse sin praksis til kontekstens rammer og egne faglige overbevisninger.

Med psykologens (B) refleksion over muligheder for at arbejde terapeutisk inden for kontekstens rammer, fremstår pædagogens tilgang mere forankret i en praksis, hvor terapi ikke anses som muligt eller relevant under indlæggelsen. Pædagogen fremhæver, at man ikke laver samtaleterapi på deres akutte børnepsykiatriske sengeafsnit og fortæller, at

fokus er at få patienterne til at spise igen, hvilket hun tilskriver den korte indlæggelsestid og patienternes tilstand, samt at de er “sværere at hjælpe på en eller anden måde, fordi de har ingen sygdomsindsigt.” (C, pædagog, l. 101-112). Pædagogens tilgang kan begribes som forankret i afdelingens praktiske forståelse. Når pædagogen fremhæver patienters manglende sygdomsindsigt, peger dette på en teleoaffektiv struktur, hvor målet er at sikre den fysiologiske funktion og stabilisering, hvorfor hun handler og forstår praksis med afsæt i konkrete handlemønstre og det, som der bredt set vurderes hensigtsmæssigt i praksis. Derudover påpeger sygeplejersken:

Men altså et barn, der ligger langt under sin sunde vægt. Dels er spiseforstyrrelsen meget, meget fastlåst og rigid. Og rent sådan de fysiske komplikationer ved det, jamen det kan være manglede vækst, udvikling. Det kan være påvirket hjertefunktion, påvirket mave-tarmsystem. Det kan være rent kognitivt, rent hjernemæssigt. Du har dårlig nattesøvn. Altså hele det her. Hele paletten. Hele den belastning, det giver kroppen at være undervægtig. (E, sygeplejerske, l. 205-210)

Citatet afspejler en somatisk orienteret forståelse af terapi til lavvægtige. Sygeplejersken fremhæver, at hele hverdagen fungerer som en terapeutisk kontekst, hvor miljøet spiller en central rolle gennem gruppetænkning, familietræning og mentaliseringsbaserede tilgange (E, sygeplejerske, l. 867-881). Hun kan her siges at trække på sin erfaring, når hun beskriver lavvægt som kognitivt hæmmende, men understreger samtidig, at terapi ikke kun foregår i samtaler, men også i miljøterapeutiske interaktioner som en del af en mere integreret tilgang. Dette kan siges at pege på en kontekstforankret praksis, og at hendes tilgang demonstrerer en praktisk kunnen samt teleoaffektiv struktur, hvor tålmodighed, rammesætning og fællesskab gøres til mål samt afgørende komponenter i det psykologiske og relationelle behandlingsarbejde.

Informanternes udtalelser om terapi til lavvægtige patienter afspejler både fagligt funderede vurderinger og erfaringsbaserede strategier formet i samspillet mellem profession, kontekst og praksis. Den udbredte opfattelse af vægt som barriere for terapi kan pege på

en praksis præget af strukturelle begrænsninger som fx kort indlæggelsestid og det nødvendige fokus på somatisk stabilisering, hvilket kan hæmme opfattelsen af mulighed for at udfolde det terapeutiske arbejde. Psykologens (B) refleksion kan dertil ses som en erkendelsesproces, hvor hun via transaktioner mellem faglighed og praksis skal justere sine handlinger i spændingsfeltet mellem faglighed og kontekstuelle vilkår. Sygeplejerskens og pædagogens perspektiver bærer dertil præg af en omsorgsfaglig tilgang, hvor somatisk stabilisering anses som forudsætning for psykisk bedring.

6.3.2 Rollefordeling og faglig forankring i behandlingsarbejdet

I følgende afsnit fokuseres der på, hvordan faglige baggrunde samt organisatoriske rammer påvirker, hvad der opleves som meningsfuldt og muligt i behandlingskonteksten. Afsnittet tematiserer forholdet mellem faglig autonomi og institutionel organisering samt hvordan faghierarkier og tværfagligt samarbejde er med til at forme sundhedsprofessionelles erfaringer og refleksioner i praksis.

Begge psykologers faglighed kan siges at træde frem i deres refleksioner om terapi, sygdomsindsigt og meningsskabelse. Begge tager afsæt i en forståelse af, at spiseforstyrrelsen har haft en funktion i patientens liv. Den ene psykolog (A) forklarer, hvordan patienters manglende sygdomsindsigt – set ud fra en mentaliseringsbaseret tilgang – kan forstås som et udtryk for mentaliseringssvigt. Hun refererer her til begrebet *psykisk ækvivalens*, hvor patienten i mindre grad evner at skelne mellem indre tanker og ydre virkelighed, hvilket gør det vanskeligt at reflektere over og sprogliggøre egne indre tilstande. Set i lyset af Schatzkis praksisteori kan dette tolkes som en generel forståelse, der rammesætter psykologens praksis og bliver en grundlæggende fortolkningsramme. Den manglende sprogliggørelse af det indre liv bliver dermed ikke tolket som en personlig mangel, men som et vilkår for arbejdet med målgruppen – hvilket samtidig understøtter en empatisk og reflekteret tilgang i mødet med patienten. Psykologernes anvendelse af begreber som mentaliseringssvigt og psykisk ækvivalens samt deres overvejelser omkring, hvordan man balancerer autoritet og autenticitet, kan siges at være psykologisk funderede begreber og forståelser, der vidner om en psykologfaglig tilgang med fokus på relation og indre tilstande, hvilket de indretter deres praksis efter.

Dette står i kontrast til psykiaterens udtalelser, der afspejler en klinisk og diagnostisk tilgang, hvilket kan tilskrives den medicinske baggrund og ansvar for at vurdere, hvornår interventioner og instanser skal iværksættes. Hendes forståelse af spiseforstyrrelser i relation til traumer og selvskade samt fokus på behovet for specialiseret supervision vidner om en medicinsk autoritet og et ledelsesansvar, særligt i relation til vurdering af tvangsinterventioner. I tillæg hertil beskriver psykiateren, at hun over for patienter siger: "Det er ligegyldigt, om du er sulten eller ej. Øhm. Man skal spise. (...) Man skal spise, fordi kroppen har brug for de her kalorier" (D, psykiater, l. 330-333). Dette illustrerer en fysiologisk forståelse af kroppens behov, hvilket kan tilskrives hendes medicinske baggrund. Dertil kan det tolkes som en medicinsk metafor, der gør en kompleks psykisk lidelse håndgribelig og legitimerer nødvendige indgreb som tvangsernæring. I lyset af Schatzkis praksisteori kan dette forstås som en generel forståelse og regelstyret praksis, hvor de medicinske vurderinger er centrale for psykiaterens handlemuligheder.

Med tværfagligheden som ramme opstår der en række overvejelser omkring, hvordan behandlingen tilrettelægges, og hvordan fagligheder bringes i spil. Set i lyset af Schatzkis begreb generel forståelse kan sundhedsprofessionelles erfaringer og roller forstås som forankret i en fælles meningsramme i psykiatrien, herunder hvordan og i hvilken grad faglighederne aktiveres. I forlængelse heraf udtrykker en af psykologerne undren over organiseringen, idet hun fremhæver, at psykoedukation varetages af sygeplejersker (B, psykolog, l. 606-623), hvortil hun tilføjer:

(...) der er nogle ting, hvor jeg tænker, ej, det er så meget psykologspecifikt, det vil jeg egentlig gerne arbejde mere med, hvor jeg nogle gange føler, det kan blive for meget tovholderfunktionen, og for meget administrativt, hvor jeg tænker, ej, det er da ikke det, jeg har uddannet mig for. (B, psykolog, l. 618-623)

Dette kan tolkes som en oplevelse af, at hendes praktiske kunnen og viden om ikke udnyttes fuldt ud, hvilket kan være en udfordring for hendes faglige meningsskabelse med praksis. Deweys begreb om refleksion viser yderligere sin relevans i dette tilfælde, da

psykologens erfaring fremtræder som en indeterminate situation, hvor psykologen må reflektere over egen rolle og faglighed i en praksis, der potentielt ikke er i overensstemmelse med hendes forventninger til psykologfagligheden og organiseringen af behandlingen på et strukturelt plan.

Et andet eksempel på, hvordan fagligheder inddrages i behandlingen og beslutningsprocesser, fremgår af pædagogens udtalelser. Hun udtrykker frustration over, at hendes faglige vurderinger og ambition om patientinddragelse ofte tilsidesættes i behandlingskonferencer, hvor lægen træffer den endelige beslutning. Hun beskriver situationer, hvor hendes forslag først imødekommes sent i forløbet, og hvor hendes praksisnære erfaringer til tider underkendes af lægefaglige perspektiver. Dette påpeger hun med følgende: “det vil jo altså være en læge, der trumfer over os. Altså, det er jo dem, der er de øverste.” (C, pædagog, l. 845-846). Dette til trods for, at hendes anbefaling efterfølgende blev fulgt. Dette kan pege på en oplevelse af et fagligt hierarki og en følelse af manglende professionelt ligeværd, idet regler i praksis kan indebære en hierarkisk forståelse af fagligheder, hvor visse professioner vægtes højere i beslutningsprocesser. Pædagogens viden, baseret på tæt kontakt med patienten, blev tilsidesat til fordel for lægefaglige autoriteter. Reglerne i praksis fremstår dermed ikke kun som eksplicite retningslinjer, men også som sociale og organisatoriske strukturer, der afgør, hvornår faglig viden anses som legitim. Pædagogens handlemuligheder begrænses derved strukturelt, hvilket kan skabe en oplevelse af manglende ligeværd i det tværfaglige samarbejde. Samtidig peger hendes udtalelser på en teleoaffektiv struktur, hvor målet om patientinddragelse og relationsarbejde kan kollidere med lægefaglige beslutninger, der opleves som mere autoritetsbaserede og mindre relationelt forankrede.

Opsummerende kan det understreges, at tværfagligheden udgør en strukturel og central ramme i behandlingen af unge med AN. Informanternes udtalelser peger på, at faglighederne ikke nødvendigvis har lige vilkår i praksis. Psykologens (B) og pædagogens udtalelser fremhæver, hvordan deres fagligheder og vurderinger ikke altid tilgodeses i beslutningsprocesser, hvor mere dominerende, medicinske fagligheder kan få forrang. Dette kan

indikere, at behandlingen ikke alene formes af tværfagligt samarbejde, men også af implicitte regler og strukturer, som påvirker, hvilke fagligheder der anses som legitime.

6.4 Opsummering af analysen

Analysen viser, hvordan sundhedsprofessionelle i behandlingen af unge med AN kontinuerligt navigerer i spændingsfelter mellem somatisk stabilisering, relationelt nærvær og organisatoriske krav. Deres praksis formes ikke alene af faglig viden, men også af erfaring, intuition og refleksion i konkrete situationer med patienterne.

Særligt fremtrædende er deres aktive brug af relationen som behandlingsstrategi – også i situationer præget af modstand og tvang – som ligeledes bliver meningsskabende for sundhedsprofessionelles praksis med grænseoverskridende interventioner. Her anvender de fortællinger og rationaler, der gør indgreb som tvangsernæring meningsfulde og håndterbare, og i nogle tilfælde opleves relationen endda styrket gennem deres tilstedeværelse i modstandsprægede situationer. Dertil er behandlingens kompleksitet fremhævet i relation til det følelsesmæssige krav, feltet stiller. Nye fagpersoner i praksis kan opleve usikkerhed, mens erfaring og supervision fremstår som afgørende for at udvikle en bæredygtig praksis. Samtidig viser analysen, hvordan strukturelle forhold som regler, ressourcer og faghierarkier former, hvad der opleves muligt i praksis, og hvilke perspektiver der anerkendes som legitim i det tværfaglige samarbejde.

Samlet bidrager analysen med indsigt i, hvordan meningsskabelse og faglig dømmekraft udvikles i krydsfeltet mellem teori, erfaring og praksis – og hvordan arbejdet med unge med AN kræver både klinisk præcision og relationel tilstedeværelse.

7. Diskussion

Dette afsnit udgør specialets diskussion og har til formål at perspektivere og diskutere fundene i lyset af eksisterende forskning samt den anvendte metode og teori. Diskussionen er inddelt i fire dele: 1) *En diskussion af udvalgte analytiske fund i relation til eksisterende forskning*, 2) *En metodisk refleksion over undersøgelsens styrker og svagheder, herunder*

min rolle og position i mødet med sundhedsprofessionelle, 3) En diskussion af teoriernes forklaringskraft til besvarelsen af specialets forskningsspørgsmål og slutteligt udpeges 4) Specialet implikationer for praksis.

7.1 Diskussion af specialets fund

I dette afsnit vil der foretages en sammenstilling af udvalgte fund fra analysen med den eksisterende forskning, som er belyst gennem specialets *State of the Art* (se afsnit 3). Sammenstillingen har til formål at nuancere og kvalificere specialets fund og pege på mulige bidrag til viden om sundhedsprofessionelles erfaring med behandling af målgruppen.

7.1.1 Sundhedsprofessionelles forudsætninger for at balancere kontekstens krav og patientbehov

Informanterne beskriver en praksis, hvor de kontinuerligt balancerer somatisk stabilisering og samtidig opretholde en meningsfuld relation til patienterne. Denne pendulering mellem somatisk og psykologisk behandling sker i en kontekst præget af akutte behov og en midlertidig, intensiv behandlingsramme. Spændingerne viser sig blandt andet i oplevelsen af, at behandlingsmål om at sikre vitale funktioner til tider kan være i konflikt med hensynet til relationelle og psykologiske aspekter ved lidelsen. Det at anse sårbarhed som en relationel strategi kan forstås som et forsøg på at skabe nærvær inden for de strukturelle rammer. Dette vidner om, at sundhedsprofessionelle i praksis må mestre en klinisk dømmekraft og konstant navigere mellem organisatoriske krav, faglige rationaler og patienternes individuelle behov. Et centralt dilemma er, i hvor høj grad ansvaret for at mestre denne balance bør hvile på den enkelte fagperson, eller om det kalder på strukturelle rammer, der understøtter en integreret behandlingsform. Dilemmaet kan relateres til tidligere forskning, hvor patienter har beskrevet behandlingen som ensidigt fokuseret på det somatiske, hvor psykologiske aspekter nedtones (Colton & Pistrang, 2004; de la Rie et al., 2008). I relation til studier, der fremhæver tidlig vægtindhentning som afgørende for bedring (Accurso et al., 2014; Golden et al., 2022), bidrager specialets fund med en forståelse af, hvordan sundhedsprofessionelle oplever og håndterer de spændinger, som opstår i forsøget på at forene behovet for somatisk stabilisering med en mere integreret behandlingspraksis. Dermed kan analysen siges at nuancere feltet, hvor organisatoriske mål og

tidligere patienters erfaringer krydser hinanden, og hvor fagpersoners strategier og refleksioner bliver afgørende for behandlingen.

7.1.2 Relationelt arbejde og tvangsinterventioner i behandlingspraksis

Analysen viste, at sundhedsprofessionelle tillægger det relationelle arbejde stor betydning og aktivt anvender relationen som behandlingsstrategi under tvang og grænseoverskridende interventioner. Psykologerne og sygeplejersken arbejder med sårbarhed, autenticitet og personlig inddragelse i relationen som strategier til at skabe tillid og motivation. Et centralt fund er, at relationelt arbejde ikke kun forstås som et supplement til behandlingen, men som en integreret del af behandlingsindsatsen, som særligt udspiller sig i situationer med ambivalens, modstand og tvang. Sygeplejersken beskriver, hvordan hun oplever det som en tillidsskabende interaktion at udvise nærvær under tvangsernæring, og hvordan det kan agere som en tryghedsmarkør for patienten, at sundhedsprofessionelle er til stede både i positive og i grænseoverskridende situationer.

Hertil fremhævede analysen, at sundhedsprofessionelle anvender forskellige fortællinger og rationaler for at håndtere deltagelse i tvangsinterventioner. På tværs af informanterne beskrives tvang som en nødvendighed for patientens overlevelse, hvilket bliver et meningsbærende rationale for at kunne gennemføre handlingen. Samtidig viser analysen, at informanterne oplever, at relationen til patienter i sådanne situationer ikke blot bevares, men i nogle tilfælde styrkes, gennem fagpersonens tilstedeværelse og udvisning af engagement. Dette bidrager med ny viden til den eksisterende forskning, som peger på, at sundhedsprofessionelle oplever ambivalens i forhold til tvang (Krieger et al., 2021), at der kan være en vis tilbageholdenhed med at iværksætte tvangs blandt professionelle (Westmoreland et al., 2017), og at patienter kan opleve mistillid som følge heraf (Zielinski-Gussen et al., 2023). Informanternes erfaringer nuancerer derfor forståelsen af, at relationelt nærvær kan have beskyttende egenskaber i mødet med tvang. Derudover viser tidligere studier, at mere erfarne sundhedsprofessionelle ofte er mere kritiske overfor tvang end deres mindre erfarne kolleger (Krieger et al., 2021), hvilket ikke blev bekræftet af informanterne i nærværende undersøgelse.

Specialets fund kan siges at bidrage med indsigt i, hvordan sundhedsprofessionelle håndterer og tilpasser det relationelle arbejde inden for behandlingsrammer, som både rummer akutte krav om somatisk stabilisering og potentielle tvangsinterventioner. Hvor tidligere forskning har belyst relationens betydning for behandlingsudbyttet, viser specialets analyse, hvordan relationelt arbejde formes og udføres i spændingsfeltet mellem strukturelle rammer, fagligt ansvar og et ønske om nærvær – også i situationer præget af høj grad af ambivalens og tvang.

7.1.3 Praxis som et komplekst og krævende felt

Alle informanter udtrykte enighed om, at behandling af spiseforstyrrelser er et komplekst felt. Dette blev illustreret gennem blandt andet udtalelser om, hvordan man som ny i feltet kan have svært at forstå rationalet bag, hvilke interventioner der iværksættes til hvilke patienter. Herunder hvordan man som ny i praksis kan have en manglende forståelse af feltets logikker og fravær af erfaringsbaseret intuition i mødet med patienter, pårørende og kollegaer. Herigennem blev det udledt, at behandling af unge med AN i høj grad er drevet af handle-mønstre og til dels internaliserede vurderinger, som udvikles over tid. Dette fund understøttes af eksisterende forskning, der beskriver feltet som komplekst og krævende, og som fremhæver behovet for specialiseret viden og tværfagligt samarbejde (Chang et al., 2023; Kästner et al., 2021). Desuden viser forskningen, at manglende erfaring og fravær af supervision kan øge faglig usikkerhed, hvilket stemmer overens med psykiaterens udtalelse om, at regelmæssig og specialiseret supervision er afgørende for at mestre praksissens belastninger.

7.2 Metodisk diskussion

Følgende afsnit udgør en metodisk diskussion, hvor jeg forholder mig kritisk til specialets metodiske og metodologiske ramme. Undersøgelsens styrker og svagheder diskuteres i relation til centrale kvalitetsprincipper. Dertil belyses min rolle som psykologistuderende og kvalitativ forsker, og hvilke implikationer dette kan have haft for dataindsamlingen og fortolkningen af data. Formålet er at tydeliggøre, hvordan forskerens tilstedeværelse påvirker interaktionen og dermed bliver en aktiv del af vidensproduktionen.

7.2.1 Specialets kvalitet: styrker og svagheder

Med afsæt i Billups (2021) kvalitetsprincipper for kvalitativ forskning, som blandt andet omfatter *gyldighed (credibility)*, *overførbarhed (transferability)* og *pålidelighed (confirmability)*, gennemgår følgende afsnit, hvordan disse principper er forsøgt efterlevet i undersøgelsen.

Gyldighedsprincippet handler om undersøgelsens evne til at fremstå sandfærdig og helhedsorienteret (Billups, 2021). For at styrke denne dimension blev der i undersøgelsen lagt vægt på at inddrage flere forskellige informanter, hvilket bidrog med en mere nuanceret og dybdegående forståelse af det undersøgte problemfelt. Herigennem er fænomenet belyst fra forskellige vinkler og reduceret risikoen for ensidige tolkninger. I rekrutteringen var der fokus på variation i faglighed, region og afdeling, hvilket i nogen grad blev opnået. Fem informanter med fire forskellige faglige baggrunde repræsenterede tværfagligheden i praksis. Rekruttering fra to regioner bidrog yderligere til datanuancering. En begrænsning kan dog udpeges i antallet af informanter, da en bredere repræsentation kunne have tilføjet flere perspektiver og belyst, hvordan fagpositioner træder frem i praksisfeltet. Det er dog væsentligt at understrege, at formålet med kvalitativ forskning ikke er statistisk repræsentativitet, men at frembringe dybdegående og indsigtsfulde perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015), som kan bidrage til en nuanceret forståelse. Specialets fund kan således danne grundlag for refleksion og udvikling af praksis og organisering i feltet.

Overførbarhedsprincippet vedrører, hvorvidt undersøgelsens fund kan overføres til andre lignende kontekster (Billups, 2021). Rekruttering fra to regioner gjorde det muligt at belyse organisatoriske forskelle, som præger informanternes praksis og erfaringer. Havde undersøgelsen haft større omfang, kunne flere regioner med fordel være inddraget, da informanternes beskrivelser pegede på forskellige strukturelle rammer – fx om sengeafsnit var forbeholdt patienter med spiseforstyrrelser eller flere patientgrupper. Specialet inkluderede både informanter fra sengeafsnit og ambulatorier, men alle havde erfaring med sengeafsnit, hvilket gjorde deres udtalelser overførbare til netop disse praksisfelter. Overførbarhed kan yderligere styrkes gennem detaljeret beskrivelse af undersøgelsens fremgangsmåde og eksplicitering af tolkninger og observationer (Billups, 2021). Gennem

afsnittet *Metodiske greb i undersøgelsen* (afsnit 5.2) er der derfor lagt vægt på transparens i metodiske valg for at gøre fundene anvendelige for fremtidig forskning og lignende behandlingskontekster.

Det er væsentligt at fremhæve, at undersøgelsen blev foretaget i en dansk kontekst, hvilket har betydning for overførbareheden og vurderingen af undersøgelsens samlede kvalitet. Informanternes erfaringer er formet af den danske organisering af psykiatrisk behandling, som adskiller sig fra andre landes strukturer og sundhedssystemer. Fundene kan derfor ikke nødvendigvis generaliseres til internationale kontekster, men må forstås i lyset af nationale organisatoriske og lovgivningsmæssige rammer.

Netop den danske kontekst udgør ligeledes en styrke, da specialet bidrager med original empiri i et felt, hvor forskningen, især i dansk kontekst, er begrænset. Som fremhævet i litteraturgennemgangen, er der en skæv fordeling i forskningsfokus, hvor sygeplejerskers perspektiv er mere belyst end andre faggrupper. Derudover har tidligere forskning ofte behandlet sundhedsprofessionelle som én homogen gruppe uden hensyn til forskelle i faglighed, roller og opgavesæt, hvilket gennem nærværende undersøgelse har vist sig afgørende for deres erfaringer. Specialet havde derfor en ambition om at undersøge faglige nuancer og praksisforståelser på tværs af de fire faggrupper i informantgruppen, hvorigennem der blev skabt et mere nuanceret billede af, hvordan behandling af unge med AN forstås og praktiseres. Dette fokus er særligt relevant, idet behandlingen er organiseret omkring tværfaglige indsatser, hvor hver faggruppe bringer forskellige kompetencer og perspektiver i spil. Undersøgelsen bidrager dermed ikke blot med ny viden om praksis, men peger også på behovet for mere dansk forskning i faglige forskelle og potentialer i tværfaglig praksis – både for at styrke behandlingskvalitet og understøtte integrerede indsatser.

7.2.2 Forskerrollen: overvejelser om bias og rollebevidsthed i mødet med forskellige faggrupper

Nedenstående omhandler refleksioner over min rolle som psykologistuderende og de metodiske implikationer, dette kan have haft for dataindsamlingen og analysen – herunder potentielle skævheder og bias i mødet med forskellige faggrupper.

Pålidelighed som kvalitetsprincip handler om forskerens evne til at gengive informanternes perspektiver troværdigt. I kvalitative undersøgelser fungerer forskeren som det primære forskningsinstrument og har ansvar for at være bevidst om egne forforståelser, så informanternes udsagn ikke forvrænges af forskerens antagelser. Et redskab til at efterkomme dette princip er *refleksivitet*, der henviser til en kontinuerlig bevidsthed om, hvordan egne erfaringer, viden og perspektiver potentielt påvirker tolkningen af data (Billups, 2021). Med dette princip in mente forsøgte jeg at reflektere over egne forforståelser og position, både under interviews og i analysen. Jeg var særligt opmærksom på ikke at lade udvælgelsen af udsagn og tolkningen deraf være farvet af viden om emnet. Samtidig tog jeg højde for eventuel bekræftelsesbias, således at tilgangen til data ikke blev præget af, om der kunne udledes fund i overensstemmelse eller konflikt med den eksisterende forskning. Udledningen af temaer og fund var i stedet drevet af empirien samt teori som led i undersøgelsens abduktive tilgang.

I relation hertil finder jeg det relevant at fremhæve egen position som psykologistuderende i undersøgelsen, da dette kan have påvirket, hvilke elementer i informanternes udsagn der blev tillagt analytisk vægt. Min position som psykologistuderende kan have haft indflydelse på dataindsamlingen samt tolkning af udsagn, hvorfor et centralt metodologisk forbehold er risikoen for bias i mit møde med informanter fra forskellige faggrupper. Med min baggrund som psykologistuderende delte jeg faglig reference med psykologerne, hvilket kan have gjort deres perspektiver og begreber lettere at forstå og relatere til. Omvendt rummer denne position en risiko for bias, idet jeg potentielt har haft sværere ved at udfolde rationalerne bag de øvrige faggruppers udsagn – herunder pædagogens, sygeplejerskens og psykiaterens perspektiver. Dette indebærer en risiko for skæv vægtning i analysen. For at imødegå denne risiko arbejdede jeg derfor med en bevidsthed om min egen position. Jeg reflekterede løbende over mine forforståelser og var opmærksom på at lade alle fagligheder komme til udtryk. Konkret vendte jeg under kodningsprocessen tilbage til transkriptionerne for at sikre, at udsagn fra alle faggrupper blev analyseret med samme analytiske opmærksomhed.

Min position som psykologistuderende kan i tråd med ovenstående have haft indflydelse på informanternes måde at svare i interviewene. Et eksempel på dette ses i psykologernes henvisninger til forskningslitteratur for at understøtte deres udtalelser. Dette kan være med til at indikere, at de, bevidst eller ubevidst, tilstræbte at fremstå “fagligt korrekt” i deres argumentation, hvilket kan have hæmmet belysningen af deres individuelle erfaringer med praksis.

7.3 Teoriernes forklaringskraft

I dette afsluttende afsnit diskuteres anvendelsen af Deweys pragmatisme og Schatzkis praksisteori i relation til specialets fund. Formålet er at reflektere over, hvordan teorierne bidrog til analysen, og hvorvidt de var tilstrækkelige til at belyse de komplekse forhold i praksisfeltet. Diskussionen fokuserer på aspekter af sundhedsprofessionelles erfaringer og organisatoriske rammer, som teorierne i begrænset omfang har kunnet indfange, herunder faghierarkier og magtforhold. Dertil fremhæves det, hvordan praksis ikke kun er formet af situerede handlinger og meningsskabelse, men også af overordnede strukturer og diskurser, som går ud over den psykiatriske kontekst.

7.3.1 Dewey: *meningsskabelse i praksis*

I analysen blev der berørt centrale temaer vedrørende sundhedsprofessionelles håndtering af behandlingspraksis, både i relation til patienterne, samt hvordan de mestrer de følelsesmæssige belastninger, behandlingen rummer. Gældende for tema 1 og 2 bidrog Deweys begreber om *indeterminate situations* og *meningsskabelse* særligt med at forklare, hvordan sundhedsprofessionelle skaber mening i følelsesmæssige og dilemmafyldte situationer, i form af fx håndtering af tvang og patienters ambivalente tilgang til behandlingen og dertilhørende interventioner. Dette gjorde Dewey særligt velegnet til at analysere de refleksive processer, som forudsætter meningsfuld praksis. I forlængelse heraf belyste *transaktionsbegrebet*, hvordan informanternes *handling*, *refleksioner* og *erfaringer* interagerer og formes gensidigt, hvilket var med til at forklare, at behandlingspraksis af unge med AN er organiseret efter erfaringsmæssige indsigter, som kan kræve tid at tilegne sig. Derudover belyste transaktionsbegrebet, hvordan sundhedsprofessionelles praksis

justeres efter de tre elementers gensidige interaktion, som fx blev illustreret gennem informanternes justering af sproglige strategier som hjælpesætninger, hvor sygeplejerskens handlinger blev formet af refleksion og erfaring i samspil med patienterne. Dertil bidrog pragmatismen med en central belysning af, hvordan sundhedsprofessionelle bruger refleksion til at håndtere følelsesmæssige belastninger i form af fx at forstå lidelsen som en håndteringsstrategi, hvilket bliver rammesættende for, hvordan de tilgår patienterne og deres reaktioner til behandlingen.

I tillæg hertil bidrog distinktionen mellem *viden om* og *praktisk kunnen* med at forklare, hvordan mere erfarne fagpersoner kan handle ud fra en situeret dømmekraft, og at mindre erfarne kan udfordres med at afkode praksis. Dette har styrket belysningen af sundhedsprofessionelle erfaringer med praksis, idet det illustrerer, hvilke aspekter som kan være begrænsende for deres meningsskabelse med praksis.

Som en begrænsning for anvendelsen af Deweys pragmatiske teori kan det siges, at teorien primært er i stand til at forklare individets aktive meningsskabelse, hvorfor den i mindre grad belyser strukturelle og kollektive praksisrammer, som sundhedsprofessionelle er indlejret i. Det var af denne årsag, at Schatzkis praksisteori blev inddraget som en komplementerende forståelsesramme.

7.3.2 Schatzki: kontekst og praksislogikker

Med anvendelsen af Schatzkis nøglekomponenter for meningsfuld praksis havde begrebet *teleoaffektiv struktur* en stærk forklaringskraft til at belyse, hvordan sundhedsprofessionelles handlinger ikke kun er rationelle og fagligt funderede, men at disse ligeledes er formet af følelsesmæssige og normative forhold. Dette belyste, hvordan det at deltage i tvangsinterventioner kan opleves som meningsfuld til trods for handlingens affektive belastning. Dertil var begrebet understøttende for at skabe indsigt i, hvordan informanternes opfattelse af modstand som et udtryk for ambivalens snarere end vredladne reaktioner, agerer som en kollektiv fortolkningsramme. Dertil synliggjorde begrebet *generel forståelse*, hvordan der eksisterer kollektive forståelser af sengeafsnittets funktion og formål – et intensiveret og afgrænset forløb – hvilket blev udledt som meningsramme for, hvad

informanterne fandt relevant for deres praksis. Dette leder til anvendelsen af *regler*, hvor det gennem praksisteorien sætter fokus på, hvordan organisatoriske strukturer og regler i den psykiatriske behandlingsramme former og begrænser handlemuligheder.

Anvendelsen af Schatzkis praksisteoretiske begreber var med til at fremhæve praksis som noget, der i forvejen er struktureret og indlejret, hvorfor kombinationen af Dewey og Schatzkis teorier var komplimenterende for en nuanceret forståelse af sundhedsprofessionelles praksis. Deweys begreber belyste, hvordan der eksisterer nogle procesorienterede og subjektive erkendelser, hvortil Schatzkis teori kunne placere disse processer i en afgrænset praksisramme, som ligeledes påvirker, hvordan sundhedsprofessionelle erfarer og håndterer etiske og kliniske dilemmaer i behandlingen af unge med AN.

Afslutningsvist kan det i relation til specialets forskningsspørgsmål og underspørgsmål påpeges, at Dewey belyste, hvordan strategier som eksternalisering og hjælpesætninger udvikles i sundhedsprofessionelles transaktion med erfaring, refleksion samt den enkelte patient, og at de gennem deres meningsskabelse med følelsesmæssigt belastende handlinger arbejder med samspillet mellem somatisk stabilisering og psykologisk forandring. I en kombination af Deweys blik for refleksivitet i praksis og Schatzkis fokus på praksislogikker og rammer har dette ligeledes været forklarende for at forstå individuelle og kollektive bevæggrunde, samt hvordan disse kan være nuancerede på baggrund af forskellige fagligheder. Et fund som ligeledes supplerer den eksisterende forskning.

7.3.3 Perspektivering til magtforhold

Anvendelsen af Deweys pragmatisme og Schatzkis praksisteori gav mulighed for at undersøge sundhedsprofessionelles erfaringer og strategier med blik for både det individuelle, kontekstuelle og kollektive i praksis. Teorierne bidrog således til at belyse, hvordan mening, handling og samarbejde opstår og formes i konkrete behandlingskontekster. En begrænsning ved de anvendte teorier er dog, at de ikke adresserer de magtforhold og diskurser, som påvirker, hvilke former for viden og faglighed der opnår legitimitet i psykiatrisk behandling. En inddragelse af et magtperspektiv kunne have tilføjet en analytisk dybde, hvor der rettes fokus mod, hvordan nogle faggrupper får forrang og andre

marginaliseres i behandlingspraksis. Dette kunne have nuanceret analysen ved at vise, hvordan sundhedsprofessionelles erfaringer og strategier ikke kun formes i samspil med praksisfællesskabets normer, men også i spændingsfeltet mellem autoritet, positionering og faghierarkier. Fraværet af dette perspektiv betyder dermed, at analysen i mindre omfang belyser, hvordan uligheder mellem faggrupper opretholdes og forstærkes i tværfagligt samarbejde.

7.4 Implikationer for praksis

Specialets fund viser, hvordan sundhedsprofessionelle balancerer mellem strukturelle krav og patienters behov i behandlingsindsatsen. Med afsæt i det somatiske spor i behandlingen understreges et behov for organisatoriske rammer, der muliggør en integreret tilgang. Her skal sundhedsprofessionelle kunne skabe mening med deres praksis og håndtere de følelsesmæssige belastninger, der følger med arbejdet med målgruppen. Informanternes erfaring med et nødvendigt fokus på somatisk stabilisering bidrager med en nuancering af den eksisterende viden, som ofte beskriver behandlingen som ensidig. Dette peger på et behov for organisatoriske refleksioner omkring, hvordan rammerne kan understøtte både livsnødvendig somatisk behandling og psykologisk arbejde. Forskningen og specialets fund fremhæver desuden relationers afgørende betydning for patienternes bedring. Det relationelle arbejde må derfor fortsat betragtes som en faglig kerneopgave, der kræver støtte – ikke kun som et individuelt ansvar hos fagpersoner, men også som en organisatorisk bestræbelse.

I relation til tvangsinterventioner belyser specialet, at informanterne arbejder med en aktiv meningsskabelse i deres deltagelse i praksis. Sammenholdt med den eksisterende forskning fremstår det, at der eksisterer divergerende erfaringer med at deltage i tvangsinterventioner. Dette peger på et behov for faglig sparring gennem kontinuerlig supervision, hvor sundhedsprofessionelle har mulighed for at erfaringsudveksle for at sikre en praksis, der ikke er præget af faglig usikkerhed. Belysningen af behandlingen som et komplekst og krævende felt understreger dertil vigtigheden af organisatorisk understøttelse i form af eksempelvis grundig specialiseret oplæring, supervision og tværfaglig sparring. Her har sundhedsprofessionelle mulighed for at skabe mening med praksis både ud fra egne og

andres erfaringer samt fagligheder. Videre forskning bør hertil undersøge, hvordan somatisk, relationelt arbejde bedst integreres og understøttes fagligt og organisatorisk.

8. Konklusion

Gennem dette speciale er sundhedsprofessionelles erfaringer og håndtering af behandling af unge med anorexia nervosa (AN) undersøgt med afsæt i følgende forskningsspørgsmål:

Hvordan erfarer og håndterer sundhedsprofessionelle samspillet mellem psykologisk behandling og håndtering af akutte somatiske tilstande i psykiatrisk behandling af børn og unge med anorexia nervosa?

Tre underspørgsmål har dertil guidet undersøgelsen, henholdsvis 1) *Hvordan erfarer sundhedsprofessionelle at navigere i samspillet mellem somatisk og psykologisk behandling*; 2) *Hvilke strategier anvendes i praksis til at håndtere potentielle konflikter og modstand fra patienter* og slutteligt 3) *Hvordan kan man forstå fagprofessionelle nuancer i forhold til deres faglige bevæggrunde for deres beslutningstagen og interventioner*.

Med afsæt i John Deweys pragmatisme og Theodore Schatzkis praksisteori er der arbejdet med en teoretisk ramme, der muliggjorde forståelse af handlinger som situerede, erfaringsbaserede og reflektive. Dette gav mulighed for at undersøge, hvordan sundhedsprofessionelle ikke blot følger retningslinjer og organisatoriske regler, men løbende tolker og justerer deres praksis i lyset af faglige, etiske og relationelle overvejelser.

Metodisk blev der anvendt kvalitative, semistrukturerede interviews med informanter fra fire centrale faggrupper (to psykologer, en pædagog, en psykiater og en sygeplejerske) i psykiatrisk behandling. Gennem denne tilgang er der blevet indsamlet dybdegående indsigter i, hvordan sundhedsprofessionelle konkret oplever og håndterer deres arbejde med unge med AN, herunder hvordan de navigerer i spændingsfeltet mellem behandling, omsorg, samarbejde og tvang som følge af potentielt akut-somatiske tilstande. De analytiske temaer blev udviklet med udgangspunkt i den reflektive tematiske analyse, hvor der med

en kombination af induktion og abduction gennem teoretiske begreber blev udledt tre hovedtemaer med tilhørende undertemaer.

Analysen resulterede i flere centrale fund. For det første viser specialet, hvordan sundhedsprofessionelle balancerer mellem krav om somatisk stabilisering og ønsket om psykologisk forandring. Indlæggelse forstås som en akut indsats, hvilket præger sundhedsprofessionelles behandlingsstrategier og meningsskabelse. Gennem eksternalisering, hjælpesætninger og personlig involvering arbejder sundhedsprofessionelle strategisk i samspillet mellem det psykologiske og somatiske spor. Deres tilgang tilpasses den enkelte patients tilstand og reaktioner og afspejler en situeret praksis med fokus på intuitiv dømmekraft og erfaring.

For det andet belyses sundhedsprofessionelles håndtering af de følelsesmæssige belastninger i arbejdet med unge med AN. Ved at forstå lidelsen som en mestringsstrategi samt fortolke modstand som ambivalens styrkes vedholdenhed og empati – også i situationer med tvang. Tvang legitimeres gennem fortællinger, der skaber mening og understøtter det relationelle arbejde. Dertil er supervision og kollegial sparring fremhævet som afgørende for at bevare robusthed og mestringsfølelse i praksis.

Det tredje tema viste, at tværfaglig behandling både rummer samarbejde og faghierarkiske spændinger. Forskelle i faglig tilgang og organisatorisk positionering medfører, at visse fagligheder – særligt de lægefaglige – opleves til at blive vægtet højere i beslutningsprocesser, hvilket kan udfordre andre faggruppers oplevelse af mening og faglig integritet i behandlingsarbejdet.

Sundhedsprofessionelle skaber mening gennem en kombination af teori, erfaring og refleksion – især i mødet med modstand og grænseoverskridende interventioner. Meningskabelsen er relationelt og affektivt forankret og fungerer som strategi til at håndtere behandlingens kompleksitet. Praksis bliver dermed ikke blot teknisk, men et felt præget af kontinuerlige refleksioner og tilpasninger i samspil mellem soma og psyke, individ og system, teori og erfaring.

Specialets diskussion viste, at sundhedsprofessionelle i behandlingen af unge med AN

anvender relationsarbejdet som en aktiv behandlingsstrategi, også i grænseoverskridende situationer med tvang, og opleves som bærende for behandlingsalliancen – et fund som afveg fra den eksisterende forskning. Diskussionen fremhæver behovet for organisatorisk anerkendelse af denne kompleksitet – herunder adgang til supervision og støtte. Metodisk peger specialet på en styrke ved det tværfaglige fokus, men også på mulig bias knyttet til forskerrollen. Teoretisk har Deweys og Schatzkis begreber bidraget med at forstå praksis som meningsskabende og kontekstuel forment, mens en begrænsning har været manglende fokus på, hvordan magtforhold og faghierarkier ligeledes former sundhedsprofessionelles erfaringer og meningsskabelse med praksis.

Specialet bidrager med ny viden om, hvordan sundhedsprofessionelle håndterer balancen mellem krav om somatisk stabilisering og ønsket om psykologisk forandring i behandlingen af unge med AN. Behandlingen fremstår ikke blot som teknisk eller medicinsk, hvor der udelukkende fokuseres på adfærdsændringer og vægtindhentning, men afhænger af relationelt og reflektivt arbejde, som kræver organisatorisk støtte. Analysen viser, at relationer aktivt anvendes og opleves som meningsskabende og centrale for behandlingen. Specialet peger derfor sammenfattende på behovet for rammer, der anerkender behandlingens følelsesmæssige kompleksitet og giver plads til supervision og tværfaglig sparring med ligeværdig inddragelse af forskellige faggrupper. Dermed har specialet bidraget med indsigt i, hvordan fagpersoner skaber mening i et komplekst og krævende behandlingsfelt.

9. Referenceliste

Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C., & Fassino, S. (2013). Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: A clinical overview. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-294>

Accurso, E. C., Ciao, A. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J. D., & Le Grange, D. (2014). Is weight gain really a catalyst for broader recovery? The impact of weight gain on psychological symptoms in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.02.006>

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>

Au, K., Treasure, J., & Herpertz-Dahlmann, B. (2024). Inpatient care for eating disorders in adults, adolescents, and children. In P. Robinson, T. Wade, B. Herpertz-Dahlmann, F. Fernandez-Aranda, J. Treasure, & S. Wonderlich (Eds.), *Eating disorders*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-46096-8_70

Bezance, J., & Holliday, J. (2013). Adolescents with anorexia nervosa have their say: A review of qualitative studies on treatment and recovery from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 352–360. <https://doi.org/10.1002/erv.2239>

Billups, F. (2021). *Qualitative data collection tools: Design, development, and applications*. (pp. 1-87, 153-174). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781071878699>

Bourion-Bedes, S., Baumann, C., Kermarrec, S., Ligier, F., Feillet, F., Bonnemains, C., Guillemin, F., & Kabuth, B. (2013). Prognostic Value of Early Therapeutic Alliance in

Weight Recovery: A Prospective Cohort of 108 Adolescents With Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 52(3), 344–350.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.017>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis - A Practical Guide*. (1st. ed.). Sage.

Brinkmann, S. (2006). *John Dewey: en introduktion* (1. udgave, pp. 55-68). Hans Reitzel.

Brinkmann, S (2020). Etik i en kvalitativ verden. I Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020) *Kvalitative metoder: en grundbog*. (3. udgave) (pp. 581-600). Hans Reitzels Forlag.

Carr, A. (2006). *Handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. Routledge, an imprint of Taylor & Francis Books Ltd. (2nd edition pp. 795-842).

Catone, G. (2023). Anorexia Nervosa and Concurrent Psychiatric Comorbidity. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-16691-4_38

Chang, Y.-S., Liao, F.-T., Huang, L.-C., & Chen, S.-L. (2023). The Treatment Experience of Anorexia Nervosa in Adolescents from Healthcare Professionals' Perspective: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 794-. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010794>

Christensen, M. E. (2021). *John Dewey* (1. udgave, pp. 71-106). Djøf.

Christensen, M. E. & Loftager, J. (2022) Pragmatisme. In Midtgaard, S. F. & Nedergaard, P. (1st Ed.), *Videnskabsteorien i grundrids - for samfundsvidenskaberne* (pp. 65-90). Djøf.

Ciao, A., Pascual, S., Hodges, G., Patel, V. B., & Preedy, V. R. (2023). The Role of Parents and Other Caregivers in the Early Detection of Eating Disorders. In *Eating Disorders* (pp. 283–312). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-16691-4_19

Collantoni, E., Meregalli, V., Tenconi, E., Paolo, M., Favaro, A. (2023). The Hippocampus in Anorexia Nervosa. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org/10.1007/978-3-031-16691-4_30

Colton, A., & Pistrang, N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12(5), 307–316. <https://doi.org/10.1002/erv.587>

Dalle Grave, R. (2023). Enhanced Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-3-031-16691-4_1

de la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M., & van Furth, E. (2008). quality of treatment of eating disorders: A comparison of the therapists' and the patients' perspective. *The International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 307–317. <https://doi.org/10.1002/eat.20494>

Det Danske Sprog- og Litteraturselskab. (n.d.). Erfare. Den Danske Ordbog. <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=erfare> (besøgt den 1/4-25)

El Ghoch, M. (2023). Body Mass Index and Body Fat in Anorexia Nervosa. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-3-031-16691-4_23

Fan, Y., Støving, R. K., Berreira Ibraim, S., Hyötyläinen, T., Thirion, F., Arora, T., Lyu, L., Stankevic, E., Hansen, T. H., Déchelotte, P., Sinioja, T., Ragnarsdottir, O., Pons, N.,

Galleron, N., Quinquis, B., Levenez, F., Roume, H., Falony, G., Vieira-Silva, S., ... Peder-
sen, O. (2023). The gut microbiota contributes to the pathogenesis of anorexia nervosa in
humans and mice. *Nature Microbiology*, 8(5), 787-802. <https://doi.org/10.1038/s41564-023-01355-5>

Forrester, M. (2012) Doing a Literature Review. I Forrester, M., Gibson, S., Riley, S.,
Sullivan, C., Sullivan, C., Gibson, S., & Riley, S. (2012). *Doing Your Qualitative
Psychology Project* (pp. 82–100). SAGE Publications, Limited.
<https://doi.org/10.4135/9781473914209.n5>

Fuller, S. J., Tan, J., & Nicholls, D. (2023). Decision-making and best practice when na-
sogastric tube feeding under restraint: multi-informant qualitative study. *BJPsych Open*,
9(2). <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.643>

Geller, J., & Srikameswaran, S. (2006). Treatment non-negotiables: why we need them
and how to make them work. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 212–217.
<https://doi.org/10.1002/erv.716>

Golden, N. H., Katzman, D. K., Rome, E. S., Gaete, V., Nagata, J. M., Ornstein, R. M.,
Garber, A. K., Do, T. S., Kohn, M., & Sawyer, S. M. (2022). Medical Management of
Restrictive Eating Disorders in Adolescents and Young Adults. *Journal of Adolescent
Health*, 71(5), 648–654. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.08.006>

Gorder, J., Gonzales, D. T., & Murray, S. B. (2024). Updates in the treatment of eating
disorders in 2023: a year in review in eating disorders: the Journal of treatment & Preven-
tion. *Eating Disorders*, 32(3), 254–265.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2024.2349352>

Gorrell, S., Simic, M., Le Grange, D. (2024). Toward the Integration of Family Therapy
and Family-Based Treatment for Eating Disorders. In: Robinson, P., Wade, T., Herpertz-

Dahlmann, B., Fernandez-Aranda, F., Treasure, J., Wonderlich, S. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org/10.1007/978-3-031-46096-8_59

Gröbner, E. M., Zeiler, M., Fischmeister, F. P. S., Kollndorfer, K., Schmelz, S., Schneider, A., Haid-Stecher, N., Sevecke, K., Wagner, G., Keller, L., Adan, R., Danner, U., van Elburg, A., van der Vijgh, B., Kooij, K. L., Fetissof, S., Andreani, N. A., Baines, J. F., Dempfle, A., Seitz, J., ... Karwautz, A. (2021). The effects of probiotics administration on the gut microbiome in adolescents with anorexia nervosa-A study protocol for a longitudinal, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 30(1), 61–74. <https://doi.org/10.1002/erv.2876>

Gustafsson, S. A., Stenstrom, K., Olofsson, H., Pettersson, A., & Ramsay, K. W. (2021). Experiences of eating disorders from the perspectives of patients, family members and health care professionals: a meta-review of qualitative evidence syntheses. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1–156. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00507-4>

Hinney, A., & Volckmar, A. L. (2013). Genetics of eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15(12), Article 423. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0423-y>

Howitt, D. (2019) *Introduction to Qualitative Research Methods in Psychology Putting Theory into Practice* (4th ed. pp. 55-80). Harlow. Pearson Education Limited.

Isserlin, L., & Couturier, J. (2012). Therapeutic alliance and family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Psychotherapy*, 49, 46–51.

Jarman, M., Smith, J. A., & Walsh, S. (1997). The Psychological Battle for Control: A Qualitative Study of Health-care Professionals' Understandings of the Treatment of Anorexia Nervosa. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7(2), 137–152. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1298\(199704\)7:2<137::AID-CASP404>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1298(199704)7:2<137::AID-CASP404>3.0.CO;2-G)

KL. (2023, 21. juni). Antallet af unge med spiseforstyrrelse er fordoblet på 15 år. KL Momentum. <https://www.kl.dk/momentum/arkiv/2023/16-antallet-af-unge-med-spiseforstyrrelse-er-fordoblet-paa-15-aar> (besøgt den 11/2-25)

Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R., & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 149–162. <https://doi.org/10.1111/jpm.12643>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (pp. 235-247, 313-337). Hans Reitzels Forlag.

Kästner, D., Weigel, A., Buchholz, I., Voderholzer, U., Loewe, B., & Gumz, A. (2021). Facilitators and barriers in anorexia nervosa treatment initiation: a qualitative study on the perspectives of patients, carers and professionals. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00381-0>

Lachal, J., Carretier, E., Prevost, C., Nadeau, P.-O., Taddeo, D., Fortin, M.-C., Blanchet, C., Amirali, L., Wilhelmy, M., Frappier, J.-Y., Moro, M., & Ben Amor, L. (2023). The experience of healthcare professionals treating adolescents with eating disorders in psychiatric and pediatric inpatient units for adolescents: A qualitative study. *L'encéphale*, 49(4), 331–341. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.01.015>

Lock, J. & Le Grange, D. (2013) *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. (2nd ed.). New York: Guilford

Long, S., Wallis, D., Leung, N., & Meyer, C. (2012). “All eyes are on you”: anorexia nervosa patient perspectives of in-patient mealtimes. *Journal of Health Psychology*, 17(3), 419–428. <https://doi.org/10.1177/1359105311419270>

Mantel, Ä., Hirschberg, A.L. (2023). *Anorexia Nervosa: Reproduction and Consequences*

for Mother and Child. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-3-031-16691-4_33

Martini, M., Lepora, M., Longo, P., Amodeo, L., Marzola, E., Abbate-Daga, G. (2023). Anorexia Nervosa in the Acute Hospitalization Setting. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-3-031-16691-4_35

Marugan de Miguelsanz, J. M., Torres Hinojal, M. del C., Geijo Uribe, M. S., Redondo del Rio, M. P., Mongil Lopez, B., de Brito Garcia-Sousa, I., Caballero Sanz, I., & Eiros Bouza, J. M. (2016). Nutritional approach of inpatients with anorexia nervosa. *Nutrición Hospitalaria : Organo Oficial de La Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 33(3), 540–543. <https://doi.org/10.20960/NH.258>

McCurdy, A. P., Lamboglia, C. G., Lindeman, C., Mangan, A., Wohlers, B., Sivak, A., Spence, J. C. (2020). The physical activity sector within the treatment of mental illness: A scoping review of the perceptions of healthcare professionals. *Mental Health and Physical Activity*, 19, 100349. <http://doi:10.1016/j.mhpa.2020.100349>

McCombie, C., Ouzzane, H., Schmidt, U., & Lawrence, V. (2024). ‘Physically it was fine, I’d eat what normal people do. But it’s never like this in my head’: A qualitative diary study of daily experiences of life in recovery from an eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 32(1), 46–55. <https://doi.org/10.1002/erv.3018>

McMaster, C.M., Franklin, J., Hart, M., Matthews-Rensch, K., Pursey, K., Hart, S. (2023). The Role of the Dietitian. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-3-031-16691-4_92

Micali, N., Martini, M. G., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Kothari, R., Russell, E., Bulik, C. M., & Treasure, J. (2017). Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst

women in mid-life: A population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Medicine*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0766-4>

Micevski, V., & McCann, T. V. (2005). Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. *Contemporary Nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession*, 20(1), 102–116. <https://doi.org/10.5172/conu.20.1.102>

Morando, S., Robinson, P., Skårderud, F., Sommerfeldt, B. (2024). Mentalization Based Therapy for Eating Disorders. In: Robinson, P., Wade, T., Herpertz-Dahlmann, B., Fernandez-Aranda, F., Treasure, J., Wonderlich, S. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-3-031-46096-8_65

Morgan, J.F. (2024). Psychiatric Comorbidity in Eating Disorders. In: Robinson, P., Wade, T., Herpertz-Dahlmann, B., Fernandez-Aranda, F., Treasure, J., Wonderlich, S. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-3-031-46096-8_38

Nasser, M., & Katzman, M. (2003). Sociocultural theories of eating disorders: An evolution in thought. In J. Treasure, U. Schmidt, & E. van Furth (Eds.), *Handbook of eating disorders* (2nd ed., pp. 139–148). John Wiley & Sons.

Neale, J., & Hudson, L. D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*, 81(10), 1–8. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>

Nilsen, J.-V. (2024). *Family-based inpatient treatment for adolescent anorexia nervosa: A qualitative study of patients' and family-members' experiences with inpatient care*.

Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Reluctance to Recover in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 60–67. <https://doi.org/10.1002/erv.1097>

Offord, A., Turner, H., & Cooper, M. (2006). Adolescent inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative study exploring young adults' retrospective views of treatment and discharge. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 377–387.

<https://doi.org/10.1002/erv.687>

Parmar, B. L., Phillips, R., Freeman, R. E., Willmott, H., Greenwood, M., & Mir, R. (2015). Pragmatism and organization studies. In *The Routledge Companion to Philosophy in Organization Studies* (1st ed., pp. 199–211). Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9780203795248-16>

Parmeggiani, A., Pruccoli, J. (2023). Anorexia Nervosa and Comorbidities. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-3-031-16691-4_36

Pereira, T., Lock, J., & Oggins, J. (2006). Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 677–684.

Pike, K.M., Claudino, D.A., Claudino, A.M. (2024). The Classification of Feeding or Eating Disorders in the *ICD-11*. In: Robinson, P., Wade, T., Herpertz-Dahlmann, B., Fernandez-Aranda, F., Treasure, J., Wonderlich, S. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-3-031-46096-8_10

Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the “therapeutic relationship”: caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495–503.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x>

Ramjan, L. M., & Gill, B. I. (2012). An Inpatient Program for Adolescents with Anorexia Experienced as a Metaphoric Prison. *The American Journal of Nursing*, 112(8), 24–33.

<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000418094.31317.52>

Rawal, V., Katzman, D.K. (2024). Physical Aspects of Eating Disorders. In: Robinson, P., Wade, T., Herpertz-Dahlmann, B., Fernandez-Aranda, F., Treasure, J., Wonderlich, S. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-3-031-46096-8_33

Reid, M., Williams, S., & Burr, J. (2010). Perspectives on eating disorders and service provision: A qualitative study of healthcare professionals. *European Eating Disorders Review*, 18(5), 390–398. <https://doi.org/10.1002/erv.976>

Robinson, P., Skårderud, F., Sommerfeldt, B. (2019). Structure of Treatment. In: *Hunger*. Springer, Cham. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-3-319-95121-8_6

Sandberg, J. & Tsoukas, H. (2015). Practice Theory. In *The Routledge Companion to Philosophy in Organization Studies* (1st ed., pp. 184–198). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203795248-16>

Salzmann-Erikson, M., & Dahlen, J. (2017). Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0534-2>

Schatzki, T. (2002) Practices. In *The Site of the Social* (pp. 59-122). Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press.

Serpell, L., & Troop, N. (2003). Psychological factors. In J. Treasure, U. Schmidt, & E. van Furth (Eds.), *Handbook of eating disorders* (2nd ed., pp. 151–167). John Wiley & Sons.

Sibeoni, J., Orri, M., Colin, S., Valentin, M., Pradère, J., & Revah-Levy, A. (2017). The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents, and professionals: A metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 65, 25–34. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.006>

Sibeoni, J., Verneuil, L., Poulmarc'H, L., Orri, M., Jean, E., Podlipski, M. A., Gerardin, P., & Revah-Levy, A. (2020). Obstacles and facilitators of therapeutic alliance among adolescents with anorexia nervosa, their parents and their psychiatrists: A qualitative study: Clin Child Psychol Psychiatry. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 16–32. <https://doi.org/10.1177/1359104519882765>

Skowron, K., Kurnik-Lucka, M., Gil, K. (2023). The Biology of Anorexia Nervosa. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham. https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-3-031-16691-4_28

Snell, L., Crowe, M., & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3–4), 351–358. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x>

Sundhedsdatastyrelsen. (n.d.). *SKS-klassifikationer: Klassifikation af sygdomme*. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/indberetning/klassifikation/sks-klassifikation/klas-sifikation-sygdomme> (besøgt den 12/2-25)

Tan, J. O., Hope, T., & Stewart, A. (2003). Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 533–548. [http://doi:10.1016/S0160-2527\(03\)00085-2](http://doi:10.1016/S0160-2527(03)00085-2)

Tanggaard, L. & Brinkmann, S (2020). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020) *Kvalitative metoder: en grundbog*. (3. udgave, pp. 33-63). Hans Reitzels Forlag.

Tierney, S. (2008). The individual within a condition: A qualitative study of young people's reflections on being treated for anorexia nervosa. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13, 368–375. <http://doi:10.1177/1078390307309215>

Treasure, J., & Schmidt, U. (2001). Ready, willing and able to change: motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9(1), 4–18. <https://doi.org/10.1002/erv.390>

Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., Schmidt, U., Frank, G. K., Bulik, C. M., & Wentz, E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15074. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>

van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>

Waller, G. (2012). The myths of motivation: Time for a fresh look at some received wisdom in the eating disorders? *The International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 1–16. <https://doi.org/10.1002/eat.20900>

Westmoreland, P., Johnson, C., Stafford, M., Martinez, R., & Mehler, P. S. (2017). Involuntary treatment of patients with life-threatening anorexia nervosa. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 45(4), 419–425.

Wu, W., & Chen, S. (2021). Nurses' perceptions on and experiences in conflict situations when caring for adolescents with anorexia nervosa: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(S1), 1386–1394. <https://doi.org/10.1111/inm.12886>

Zielinski-Gussen, I. M., Herpertz-Dahlmann, B., & Dahmen, B. (2023). Involuntary Treatment for Child and Adolescent Anorexia Nervosa—A Narrative Review and Possible Advances to Move Away from Coercion. *Healthcare (Basel)*, 11(24), 3149-. <https://doi.org/10.3390/healthcare11243149>

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