



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sykepleie, forskning og
fagutvikling - **Bacheloroppgave**

Emnekode: SYKHB 3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 10.10.2013 kl. 14:00

Kandidatnummer: 1

Antall ord: 8868

Sammendrag

Bakgrunn: Bipolar lidelse regnes for å være en av de mest alvorlige psykiske lidelsene.

Pasienter i manisk fase blir ofte lagt inn i sykehus mot sin egen vilje. Utførelse av omsorg til denne pasientgruppen kan være utfordrende fordi mange mangler selvinnsikt og forstår ikke at de har behov for behandling.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier gi god omsorg til maniske pasienter?

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan gi god omsorg til maniske pasienter.

Metode: Studien er inspirert av systematisk litteraturstudie.

Funn: Det er ulike sider ved omsorg til maniske pasienter. For å gi god omsorg er det viktig at sykepleier har evne til empati, tilpasser kommunikasjonen til den enkelte pasient, tilstreber en medmenneskelig og profesjonell relasjon, legger til rette for at pasientens deltakelse, og tar hensyn til pasientens integritet i gjennomføring av grensesetting og skjerming.

Abstract

Background: Bipolar disorder is considered to be one of the most serious mental illnesses. Manic patients are often admitted in hospital against their will. Providing care for these patients can be challenging because many of them lack introspection and don't see their need for treatment.

Research question: How can nurses provide good care for manic patients?

Aim: The aim of this study is to illuminate how nurses can provide good care for manic patients.

Method: The study is inspired by systematic literature review.

Findings: To provide good care for manic patients, nurses must be empathic, have communicative skills adjusted to each patient, be able to build compassionate and professional relations, let the patient participate, and respect the patient's integrity when setting of limits and seclusion is conducted.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt.....	1
1.3 Problemstilling	2
1.3.1 Begrunnelse for valg.....	2
1.3.2 Avgrensning og presisering.....	2
1.4 Oppgavens oppbygning	3
2 Teoretisk rammeverk	4
2.1 Bipolar stemningslidelse	4
2.1.1 Mani.....	5
2.1.2 Behandling og dens betydning.....	6
2.1.3 Tvunget psykisk helsevern	6
2.2 Sykepleieteoretisk perspektiv	7
2.2.1 Kari Martinsen om omsorg	7
2.2.2 Omsorg til pasienter med mani	9
2.3 Brukermedvirkning.....	10
2.4 Kunnskapsbasert praksis	12
3 Metode	13
3.1 Hva er metode?.....	13
3.2 Litteraturstudie som metode	13
3.3 Litteratursøk	14
3.4 Kildekritikk.....	15
3.5 Forskningsetikk	16
3.6 Presentasjon av forskningslitteratur	17
4 Drøfting	20
4.1 Å se og forstå.....	20
4.2 Samtalekunst.....	21
4.3 Lindrende relasjoner	23
4.4 Tilrettelegge for deltakelse	24
4.5 Beskyttelse, støtte og struktur.....	25
5 Avslutning	27
6 Referanseliste	29
7 Vedlegg	32
7.1 Tabell som viser resultatet av søkeprosessen	32

1 Innledning

Temaet jeg har valgt for min bacheloroppgave er omsorg til pasienter som lider av mani. Praksisstudier i psykisk helsevern og arbeid ved siden av sykepleiestudiet har bidratt til å vekke min interesse for psykiatri som fagfelt. En pasientgruppe som har gjort spesielt inntrykk på meg er mennesker som har diagnosen bipolar lidelse type 1, og det ble derfor naturlig for meg å velge et tema som kunne knyttes til denne diagnosen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bipolar lidelse regnes sammen med schizofreni for å være blant de mest alvorligste psykiske lidelsene (Berge, Jordahl & Stiles, sitert i Eknes, 2006, s. 184). Forekomsten av bipolar lidelse type 1 er omkring 1 % i Norge (Helsedirektoratet, 2012, s. 11, s. 20). Personer som oppfyller de diagnostiske kravene til bipolar lidelse er ofte uenige i at de har en psykisk lidelse, og i noen tilfeller blir det aktuelt med behandling uten pasientens samtykke.

I en studie utført av Karlsson (2006) kommer det fram at tidligere innlagte pasienter med mani har ulik oppfatning av pleien og omsorgen som blir gitt i sykehus. Noen opplever at den er ivaretagende og tilfredsstillende, mens andre opplever pleien og omsorgen som ydmykende og til tider nedverdiggende. Ufrivillighet og mangel på integritet danner ofte basis for pasientens møte med personalet og tilbudet om pleie og omsorg, og ifølge pasientene påvirker det i stor grad deres opplevelser av den pleie og omsorg som tilbys. Intervjupersonene ønsker å møte sykepleiere som inviterer til en medmenneskelig og profesjonell relasjon. Den personorienterte tilnærmingen bør være preget av forståelse, respekt, delaktighet, likeverdighet, integritetsbeskyttelse og verdighet. Pasientene ønsker at sykepleier skal se dem, ta dem på alvor og invitere til samtale (Karlsson, 2006).

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke og belyse hvordan sykepleier kan gi god omsorg til maniske pasienter. Gjennom fordyping i faglitteratur og forskningsstudier håper jeg å kunne tilegne meg kunnskap som gjør meg bedre rustet til å møte denne pasientgruppen på en god måte.

1.3 Problemstilling

Jeg har valgt følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier gi god omsorg til maniske pasienter?”

1.3.1 Begrunnelse for valg

Tidligere nevnt erfaringsbasert pasientkunnskap tilsier at det er behov for forbedring av omsorg og pleie til maniske pasienter innlagt i sykehus. Jeg ønsket å formulere en problemstilling som tar utgangspunkt i dette. Omsorg ble et naturlig valg av begrep i formuleringen. I følge Hummelvoll (2012) er omsorg et sentralt kjennetegn ved sykepleie. Omsorg som skal fremme bedringsprosessen hos pasienten forutsetter at sykepleieren har sensitivitet, oppmerksomhet, passe nærhet og utfordring (Hummelvoll, 2012, s. 44). Jeg har valgt en problemstilling som kan åpne for mange svar, og i arbeidet med å finne disse svarene er pasientenes opplevelser og utsagn verdifulle.

1.3.2 Avgrensning og presisering

I prosessen med å avgrense problemstillingen har jeg kommet fram til at jeg ønsker å skrive oppgaven rettet mot voksne pasienter, 18 år og eldre, som lider av alvorlig mani, og er innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling i sykehus. Jeg velger å skrive om mani som en del av sykdomsbildet til pasienter med bipolar lidelse type 1, da mani også kan skyldes andre tilstander. Jeg tar utgangspunkt i pasienter som ikke har andre diagnoser i tillegg til bipolar type 1, fordi tilleggsdiagnoser kan gi andre forutsetninger for samhandling.

Jeg ønsker å ha fokus på ulike aspekter ved sykepleien i den umiddelbare tiden etter at en manisk pasient blir innlagt på avdeling. Tiltak etter utskrivning og oppfølging av pasient i et langtidsperspektiv tas ikke med i denne oppgaven på grunn av begrensning i dens omfang. Begrepet ”recovery” og betydningen av dette utelukkes også ettersom det også passer mer naturlig inn i et langtidsperspektiv. Årsaksfaktorer knyttet til bipolar lidelse utelukkes. Når det gjelder behandlingsformer til maniske pasienter vil medikamentell- og psykososial behandling bli nevnt, men ikke utbrodert.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er inndelt i fem hoveddeler. I del 1, innledningen, presenterer jeg bakgrunn for valg av tema, hensikt med oppgaven og problemstilling. Del 2, det teoretiske rammeverket, inneholder teori som er relevant i forhold til problemstillingen og som sammen med resultater fra litteratursøk danner grunnlaget for drøfting i oppgaven. Denne delen innledes med teori om bipolar lidelse, mani og tvunget psykisk helsevern. Videre presenteres det sykepleieteoretiske perspektiv med Kari Martinsens omsorgsteori og omsorg til pasienter med mani. Teori om brukermedvirkning og kunnskapsbasert praksis inngår også i denne delen av oppgaven. Del 3 handler om metode, kildekritikk og etiske aspekter ved forskning. Her presenteres også funn fra mitt litteratursøk. I del 4 drøfter jeg funn i artikler opp mot litteratur og egne refleksjoner. Dette leder fram mot avslutning og svar på problemstillingen. Til slutt kommer referanseliste og vedlegg.

2 Teoretisk rammeverk

2.1 Bipolar stemningslidelse

WHO (2010) definerer bipolar stemningslidelse som en sykdom karakterisert av to eller flere episoder hvor pasientens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret. Forstyrrelsen består av perioder med forhøyet stemningsleie og økt aktivitetsnivå, (hypomani eller mani) og perioder med lavt stemningsleie og redusert aktivitetsnivå (depresjon) (WHO, 2010). Noen ganger kan maniske og depressive symptomer opptre i samme periode og tilstanden benevnes da som en ”blandet episode” (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012, s. 62). I følge Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2012) varer periodene vanligvis flere måneder, og det kan være perioder med normalt stemningsleie mellom sykdomsperiodene (Skårderud et al., 2012, s. 340).

Bipolar lidelse regnes som en av de mest alvorlige psykiske lidelsene, og tanker om selvmord og selvmordsforsøk er utbredt blant menneskene som har diagnosen, spesielt i perioder med depresjon. (Eknes, 2006, s. 184, s. 193). I følge Mann, Tondo & Lepri dør mellom 15 og 20 % av alle med bipolar lidelse av suicid, og dette tallet er høyere enn for alle andre psykiatriske lidelser (sitert i Haver, Ødegaard & Fasmer, 2012, s. 56).

Bipolar lidelse inndeles i typer, og inndelingen kan variere etter hvilket system man ser på. Det internasjonale klassifiseringssystemet til WHO (2010), ICD-10 presenterer ti undergrupper som hører til kategorien bipolare lidelse. Skårderud et al. (2012, s. 341-342) nevner fem ulike typer bipolar lidelse, men type 1 og 2 er mest velkjente. Bipolar type 1 betegner de tilstander hvor det forekommer både maniske og depressive episoder. Mennesker som lider av bipolar type 2 vil ha perioder med depresjon og perioder med hypomani, som er en mer moderat oppstemthet enn mani. En hypoman fase kan blant annet preges av lite søvnbehov, mer arbeidslyst og økt irritabilitet.

Bipolar lidelse oppstår ofte sent i tenårene, men kan også bryte ut før tenårene eller i voksen alder. Forløpet til pasienter med bipolar lidelse er varierende. Mange mennesker med lidelsen kan fungere godt på tross av den, mens andre opplever stort funksjonstap og gjentatte innleggelse på institusjon. At pasienter mottar riktig behandling vil kunne bedre forløpet for mange av dem (Helsedirektoratet, 2012, s. 9, s. 11).

2.1.1 Mani

Mani kommer av greske ”manía” som betyr ”galskap” eller ”raseri”, og tilstanden kan oppleves som en vedvarende rus (Hummelvoll, 2012, s. 223). For å kunne stille en sikker diagnose må tilstanden ha vart minst en uke (Helsedirektoratet, 2012, s. 25).

En person som blir manisk opplever en betydelig økning i energi- og aktivitetsnivå (Eknes, 2006, s. 184). Selvtilliten øker og personen er ofte oppstemt, men kan også være irritabel. Søvnbehovet reduseres, i en mani kan man våkne uthvilt etter noen få timers søvn (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). I følge Ødegaard et al. (2012) vil ofte en manisk person oppleve tankeflukt og taletrang, og det kan være vanskelig for samtalepartner å delta i en samtale. Svekket konsentrasjonsevne og økt distraherbarhet er eksempler på andre endringer i kognitiv funksjon hos en person som er i manisk fase (Ødegaard et al., 2012, s. 63).

Tilstanden kan føre til farlig og kritikkløs handling, ettersom dømmekraften hos den maniske personen svekkes (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). I følge Eknes (2006, s. 185) kan maniske perioder for mange innebære at de gjør ting som bryter med deres vanlige normer. Ødegaard et al. (2012) beskriver storhetsforstillinger, mangel på innsikt, økt energinivå og handlingsvilje som en eksplosiv kombinasjon som kan lede til risikable avgjørelser og handlinger (Ødegaard et al., 2012, s. 64). Personlig hygiene, påkledning og søvn blir ikke ivaretatt. Personen kan ha et ekstremt pengeforbruk, en seksuell grenseløshet og skape konflikt i relasjonen til andre mennesker (Hummelvoll, 2012, s. 224, s. 227).

Konsekvensen av manitilstanden kan for noen være tap av arbeidsplass, skilsmisse eller økonomisk ruin. Enkelte vil kunne begå kriminelle handlinger mens de er syke, og i de mest alvorlige tilfellene kan maniske handlinger som er preget av impulsivitet, dysfori og aggressivitet ende med drap og selvmord (Ødegaard et al., 2012, s. 64).

Jo lengre en ubehandlet manisk periode får utvikle seg, jo større belastning blir det for personen med mani og nettverket til den personen. Ytterpunktet til mani er en psykotisk tilstand (Eknes, 2006, s.185). I en alvorlig tilstand av mani kan personen ha vrangforestillinger, ofte av grandios karakter (Helsedirektoratet, 2012, s. 25).

I følge Ødegaard et al. (2012) kan vrangforestillingene handle om at personen har spesielle begavelser og talent eller at han er av særlig stor betydning. De kan imidlertid også ha innhold som preges av at man blir forfulgt, noe som også er forestillinger som passer til den maniske opplevelsen av å være av spesiell betydning. Vrangforestillingene er oftest stemningskongruente, det vil si at de passer med grunnstemningen av å være manisk (Ødegaard et al., 2012, s. 62).

2.1.2 Behandling og dens betydning

Alvorlige tilstander av mani krever sykehusinnleggelse (Hummelvoll, 2012, s. 227). I følge Haver og Nyhus (2012) kan riktig behandling av bipolar lidelse kan gi reduksjon av antall sykdomsepisoder, forkorte varigheten av sykdomsfasene og ta ”toppen” og ”bunnen” av mani- og depresjonsfaser. Det antas også at behandling raskere medfører bedring av kognitiv funksjon og bidrar til å hindre varig kognitiv svikt. Medikamentell behandlingseffekt antas å være betydelig ved bipolare lidelser og svært viktig for pasientens forløp og prognose på sikt (Haver & Nyhus, 2012, s. 184). Ved en manisk tilstand består den medikamentelle behandlingen av antipsykotika og/eller stemningsstabilisatorer (Skårderud et al., 2010, s. 350).

I følge Eknes (2006) viser forskning at kombinasjonen av medikamentell behandling og psykologisk behandling som er spesifikt rettet mot bipolar lidelse, gir bedre resultater enn behandlingene hver for seg (Eknes, 2006, s. 211). Psykoedukasjon, kognitiv terapi, forebyggende støtteterapi og psykodynamisk langtidsterapi er tilnærminger som blir brukt i psykologisk behandling av pasienter med stemningslidelser (Skårderud et al., 2010, s. 351).

2.1.3 Tvunget psykisk helsevern

Det fremkommer av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-1 at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. I følge § 4-3 kan imidlertid kravet om samtykkekompetanse bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, psykisk utviklingshemming eller demens ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). En person som har en ubehandlet mani kan være til fare for seg selv og andre. Evnen til selvinnsikt og fortolkning er betydelig nedsatt (Eknes, 2006, s. 193). Sykehusinnleggelser av denne pasientgruppen foregår som oftest uten

pasientens samtykke (Skårderud et al., 2010, s. 350). Det er vanlig at en manisk person klandrer dem rundt seg som hevder at atferden hans er problematisk (Eknes, 2006, s. 194).

En person kan bli innlagt i sykehus mot sin vilje, dette på bakgrunn av et vedtak om tvunget psykisk helsevern. Det følger av Psykisk helsevernloven (1999) § 3-3 at visse vilkår må oppfylles for at et slikt vedtak skal bli gjennomført. Blant annet er det et krav at pasienten skal ha en ”alvorlig sinnslidelse” (Psykisk helsevernloven, 1999). I Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) fremkommer det at ”alvorlig lidelse” kan forstås som tilstander av psykose men også i grensetilfeller kan det komme på tale med tvangsomsorg for den som er psykisk syk uten å være psykotisk. Når det gjelder hvilke grensetilfeller i tillegg til psykosene som skal komme inn under begrepet alvorlig sinnslidelse, står man ovenfor en helhetsvurdering som legger vekt på utslagene sykdomstilstanden gir seg og ikke bare tilstanden i seg selv (Ot.prp. nr. 11, 1998-1999).

I Psykisk helsevernloven (1999) § 3-3 beskrives flere vilkår som må være oppfylt for at tvunget psykisk helsevern kan gjennomføres. Frivillig psykisk helsevern må ha vært prøvd i forkant, pasienten skal ha blitt undersøkt av to leger, behandling skal anses nødvendig for at pasienten ikke skal få sin utsikt til bedring redusert eller i nær framtid få sin tilstand forverret eller pasienten utgjør en fare for egen eller andres liv eller helse. Den aktuelle institusjonen skal faglig og materielt kunne tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg. Pasienten skal ha blitt gitt anledning til å uttale seg, og det skal ha blitt gjort en helhetsvurdering i forhold til om tvunget psykisk helsevern er den beste løsningen for vedkommende (Psykisk helsevernloven, 1999).

2.2 Sykepleieteoretisk perspektiv

2.2.1 Kari Martinsen om omsorg

Møtet med den maniske pasient kan by på utfordringer i forhold til omsorgsarbeidet som sykepleier utøver. Martinsen (2003) forklarer at omsorgsarbeid er ulike virksomheter som har til oppgave å ta vare på mennesker som ikke kan ta vare på seg selv, hvor omsorg er til stede i forholdet mellom utøver og mottaker. Omsorgsarbeid handler om å gi omsorg til ikke-selvhjulpne mennesker, blant annet syke, barn og eldre. Omsorgsutøveren har ansvar og

forpliktelse i den vedvarende omsorgsrelasjonen og denne relasjonen er basert på generalisert gjensidighet; at man sørger for den andre uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 2003, s. 73, s. 75).

I følge Martinsen (2003) er omsorg det mest naturlige og fundamentale ved menneskets eksistens. Det er et forhold mellom minst to mennesker som innebærer en form for gjensidighet. Omsorg er en sosial relasjon som har med fellesskap og solidaritet å gjøre. Omsorg innebærer å ha forståelse for andre, og skal den være ekte må man forholde seg til den andre ut fra en holdning som anerkjenner ham i hans situasjon (Martinsen, 2003, s. 69-70).

I følge Martinsens teori er omsorg et mål i seg selv og det er tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet som er viktige; den relasjonelle siden, den praktiske siden og den moralske siden. Den relasjonelle siden ved omsorg går ut på at man må vise engasjement og interesse for pasienten og ha empati for å kunne finne ut hva han trenger. Den praktiske siden ved omsorg handler om å sørge for pasienten på en omsorgsfull måte gjennom praktiske handlinger som å lindre smertene, å sørge for god liggestilling og gi mat og drikke. Omsorgen bør gjennomføres på en anerkjennende og ikke umyndiggjørende måte. Når det kommer til omsorg og moral står sykepleier i alle sykepleiesituasjoner ovenfor den moralske utfordringen om å handle godt og riktig, til det beste for pasienten (Kristoffersen, s. 63, s. 66-68).

Martinsen skriver at omsorg som relasjonelt begrep tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre. Hun presenterer prinsippet om ansvaret for den svake og det går ut på at vi alle er avhengige av hverandre og kan komme i situasjoner hvor vi har bruk for hjelp fra andre. På grunn av dette bør vi handle slik at alle får mulighet til å leve det beste liv de er i stand til. Omsorgsarbeid krever situasjonsforståelse og personlig engasjement for at bånd skal knyttes mellom omsorgsgiver og omsorgsmottaker. Situasjonsforståelse innebærer innsikt i menneskers livssituasjon, og deres muligheter og begrensninger i situasjonen (Martinsen, 2003, s. 15-17).

2.2.2 Omsorg til pasienter med mani

Relasjonell omsorg: Alliansebygging og grensesetting

I følge Krogh (2005) er en allianse et kontaktforhold mellom to personer med samme interesser og mål, og den utvikler seg i innledningen av kontaktforholdet mellom pasient og sykepleier. En terapeutisk allianse baserer seg på at sykepleieren skal hjelpe pasienten og at pasienten kan ha tillit til at sykepleieren støtter og hjelper ham gjennom vanskelige faser av behandlingen (Krogh, 2005, s. 199). Vatne (2009) påpeker at respekt for pasientens integritet er grunnleggende for danning av en allianse (Vatne, 2009, s. 142).

I tilfeller hvor pasienten ikke makter å styre seg selv eller sine behov må det vurderes om sykepleier skal overta styringen på pasientens vegne, basert på prinsippet om hypotetisk samtykke. Alliansen kan utvikle seg gjennom at sykepleier er tydelig og forutsigbar. Spesielt viktig i samhandlingen med denne pasientgruppen er at man ikke lar seg rive med av pasientens impulser og stemninger, men fortsatt viser empati. Å vise ekte interesse for pasientens liv, gjennom å gi pasienten et individuelt opplegg tilpasset hans behov, er også med på å styrke alliansen mellom pasient og pleier. (Hummelvoll, 2012, s. 235, s. 239).

I følge Hummelvoll (2012) er grensesetting en relasjonell aktivitet hvor personalet markerer et ytterpunkt for akseptabel atferd som ikke må overskrides. Grunnlaget for grensesetting knyttes til fellesskapsverdier som man ønsker skal være tilstede i et godt postmiljø. Verdier som tillit, fortrolighet, respekt for andre og rettferdighet skal beskyttes. Maniske pasienter kan ha en krevende atferd og fremme sine krav på en pågående måte, men det er viktig at man forholder seg til pasienten på basis av hans behov og ikke hans krav. (Hummelvoll, 2012, s.240)

Praktisk omsorg: skjerming og grunnleggende behov

Hummelvoll (2012) forklarer at skjerming er en metode som går ut på at et personal er sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø, med mål om å få pasienten til å samle seg og gjenvinne kontroll over seg selv og forholdet til omgivelsene sine. I den akutte fasen av innleggelsen er pasienten ofte sensibel, overaktiv og kaotisk, og det er derfor nødvendig å minske stimulusnivået. Metoden er hjemlet i lov om psykisk helsevern, og indikasjon for skjerming skal vurderes daglig (Hummelvoll, 2012, s.235-236). Skjermingen kan oppleves som et stort inngrep for pasienten (Helsedirektoratet, 2012, s. 74). Viktige

faktorer for at skjermingen skal oppleves nyttig, er at sykepleier møter pasienten med respekt, at det skapes forutsigbarhet, at pasienten er medvirkende i evaluering av tiltaket og at pasienten får velge noen passende aktiviteter å gjennomføre (Hummelvoll, 2012, s. 236).

I følge Hummelvoll (2012) er personlig hygiene, ernæring, søvn og hvile er viktige områder for sykepleier å fokusere på når en alvorlig manisk pasient blir innlagt, da dette ofte forsømmes hos denne pasientgruppen. Vanligvis er det nødvendig med medikamentell behandling for å fremme søvn, da det er fare for fysisk utmattelse om pasienten ikke får tilstrekkelig søvn. Han kan ignorere utmattessignaler fra kroppen og fortsette som før. Sykepleier bør sørge for at pasienten har et godt ventilert rom og et svakt nattlys for å redusere eventuell persepsjonsforstyrrelse. Man kan også råde pasienten til å unngå kaffe og te før natten (Hummelvoll, 2012, s. 236-237).

Moralsk omsorg: avlastende, støttende og perspektivskapende samtaler

I begynnelsen av oppholdet vil den maniske pasient ha lite selvinnsikt og benekte sine problemer. Etter hvert som han blir mer samlet og orientert, er det viktig at sykepleier stiller seg til disposisjon som samtalepartner. Pasienten har ofte behov for å prate om det som oppleves vanskelig, og det er vanlig at pasienten kjenner på skyld og skam for det som har skjedd i forkant av innleggelse. Som sykepleier kan man gradvis jobbe med pasientens selvforståelse og øke hans kunnskap om sykdommen, og gi håp for framtiden. Å la pasienten snakke om sykdommen og dens konsekvenser for hans liv og la sykdommen bli en integrert del av hans selvforståelse, kan bidra til å forebygge nye maniske episoder (Hummelvoll, 2012, s. 243-244).

2.3 Brukermedvirkning

De fleste maniske pasienter blir lagt inn i sykehus mot sin egen vilje, og å legge til rette for brukermedvirkning kan være en utfordring i arbeidet med pasienter som er lite samarbeidsvillige. Teori om brukermedvirkning er tatt med i oppgaven fordi det er et viktig i arbeidet med pasienter som har mani.

Larsen, Aasheim og Nordal (2006) betegner en ”bruker” som en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form, i dette tilfellet innenfor psykisk helsefelt.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Det handler om brukerens innflytelse på utforming av tjenester sammen med fagfolk. Ved brukermedvirkning benytter tjenesteapparatet brukerens erfaringskunnskap for å kunne yte best mulig hjelp. At brukeren får mulighet til å påvirke gjennom egne valg og ressurser kan styrke selvbilde og motivasjon, og kan bidra positivt til bedringsprosessen, og på den måten også ha en terapeutisk effekt (Larsen et al., 2006, s.7-9).

I følge Sverdrup, Kristofersen og Myrvold (2005) kan brukermedvirkning begrunnes av både demokratiske, instrumentelle og terapeutiske hensyn. Instrumentell medvirkning har som formål å bedre tjenestetilbudet, mens terapeutisk medvirkning skal kunne øke brukerens mestringsevne ved at han involveres i utformingen av eget tjenestetilbud. Deltakelse fra brukeren sin side vil kunne gi brukeren et mer aktivt forhold til sin egen sykdom og behandling. Graden av medvirkning kommer an på hvor i en rehabiliteringsprosess en person befinner seg, men målet er hele tiden at aktiv og ansvarlig medvirkning får stå sentralt fordi det er viktige forutsetninger til at personen skal bli i stand til å ta styringen over eget liv (Sverdrup et al., 2005, s. 40-43).

Hummelvoll (2012) beskriver aktiv brukermedvirkning som en sentral verdi i psykisk helsearbeid. Det innebærer å bistå personer til å finne egne livsmål, gi støtte til å kunne godta seg selv og hjelp til å samhandle med andre slik at han kan oppleve glede ved samvær. Noen trenger hjelp med å oppnå indre kontroll, som er en forutsetning for å kunne velge i livet og styre hverdagen. Tanker kan påvirke følelser og selvpoppfatning og vice versa. Indre kontroll handler om å ha kontroll over disse tankene. Som hjelper er det viktig at man har en åpen innstilling i forsøket på å forstå personens virkelighetsoppfatning. Det er først med en slik forståelse at hjelperen kan finne måter å støtte personen til å oppnå indre kontroll (Hummelvoll, 2012, s. 78).

2.4 Kunnskapsbasert praksis

Teori om kunnskapsbasert praksis er tatt med for å understreke hvor viktig det er med kunnskap fra ulike hold i arbeidet med pasienter.

Som fagutøver kan man bruke ulike kunnskapskilder i praksis. I en kunnskapsbasert praksis inngår forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning. For å tilstrebe denne typen praksis må man holde seg oppdatert i forhold til forskning, bruke faglig skjønn basert på klinisk erfaring og samtidig ta hensyn til pasientens ønsker og behov. Denne måten å jobbe på finner man innen ulike fagfelt, blant annet sykepleie (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 15-17).

I følge Nortvedt et al. (2012) kan kunnskap fra forskning forklare fenomener og årsaksforhold, beskrive forekomsten av en tilstand eller gi økt forståelse for enkeltpasienters opplevelser og erfaringer, anslå effekten av tiltak eller gi nye hypoteser og begreper. Erfaringsbasert kunnskap tilegnes gjennom å praktisere, og denne type kunnskap har fått ulike betegnelser som ”skjønn”, ”taus kunnskap”, ”klinisk blikk” og ”intuisjon”. I tillegg til kunnskap fra forskning og erfaring er pasientenes og brukernes bidrag viktig. Sykepleier har som rolle å legge til rette for gode beslutninger i samarbeid med pasientene, ved å vise til både egen erfaring og forskningsbasert kunnskap (Nortvedt et al., 2012, s. 17-19).

3 Metode

3.1 Hva er metode?

Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2010, s. 83) definerer metode som følger:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.

Når man skal fremskaffe eller etterprøve kunnskap, kan metoden fortelle oss noe om hvilken måte man bør gjøre det på. Metoden er en hjelp til innhenting av data, som er informasjon man trenger til en undersøkelse. Ulike metoder kan brukes for å belyse ulike typer spørsmål. I prosessen med å velge metode for en undersøkelse bør man vurdere hvilken metode som kan gi gode data og belyse spørsmålet på en faglig interessant måte. (Dalland, 2010, s. 83).

Det skilles mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitative metoder innebærer å teste hypoteser og undersøke forhåndsdefinerte hendelser og deres egenskaper samt hvordan disse fordeler seg i en populasjon eller situasjon. Standardiserte intervjuer, strukturerte observasjoner og spørreskjema brukes for å samle inn data (Forsberg & Wengström, 2013, s. 61) De kvalitative metodene brukes når man vil fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2010, s. 48). Datainnsamling kan skje i form av intervjuer, feltarbeid, bilder og videoinnspilling (Forsberg & Wengström, 2013, s. 61).

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er gjennomført som en litteraturstudie, inspirert av systematisk litteraturstudie. I følge Forsberg og Wengström (2013) jobber man i en systematisk litteraturstudie ut fra en tydelig formulert problemstilling som skal besvares gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. En forutsetning for å gjøre systematiske litteraturstudier, er at det finnes et visst antall studier av god kvalitet som kan legge grunnlag for drøfting og konklusjon. Det er flere trinn i gjennomføringen av en systematisk litteraturstudie. Først skal man formulere en problemstilling, så lage en plan for

litteraturstudien, deretter skal man bestemme søkeord, for så å finne litteratur i form av vitenskapelige artikler. Videre skal man vurdere kvaliteten på litteraturen for å velge hva som skal inngå i studien, for så å analysere og diskutere resultat og til slutt komme frem til en konklusjon (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26-27, s. 31).

3.3 Litteratursøk

Før jeg begynte å søke etter forskningsartikler i helsefaglige databaser, ville jeg undersøke om det fantes relevante pensumartikler i Høgskolen Stord/Haugesund sitt publikasjonsarkiv. Jeg endte opp med å velge ut tre artikler fra pensum tilhørende sykepleie i psykisk helsevern; ”Det er jo en kunst” av Bengt Karlsson, ”Korleis vektlegger pasientar og personale ved psykiatriske sjukehus i Norge kva som er god omsorg” av Frode Skorpen og Kjell Kristoffersen og ”Pasienterfaringar som kvalitetsindikator” av Kristin Ådnøy Eriksen. Dette er artikler som kan bidra til å belyse problemstillingen min på en god måte.

Da jeg skulle sette i gang med litteratursøk hadde jeg som mål å finne forskningsartikler av god kvalitet som kunne være interessante i forhold til problemstillingen min. På forhånd bestemte jeg meg for hvilke søkeord jeg ville bruke; ”mania”, ”bipolar”, ”care” og ”nurse”. Jeg prøvde meg frem med forskjellige kombinasjoner av disse, og avgrenset søkene til å gjelde artikler som ikke er publisert senere enn 2000. Fortrinnsvis ville jeg lete etter nyere forskning. Tabellen i vedlegg 7.1 viser en oversikt over kombinasjoner av søkeord og antall treff disse gav.

Jeg valgte å utføre søkene mine hovedsakelig i databasene CINAHL og SveMed+. I følge Høgskolen sine nettsider er CINAHL særlig god på kvalitativ forskning og stoff om pasienterfaringer, noe som er i tråd med hva jeg var på jakt etter. SveMed+ er en database som jeg har brukt mye tidligere og har god erfaring med. Jeg endte opp med to artikler fra CINAHL og to fra SveMed+.

3.4 Kildekritikk

Dalland (2012) betegner kildekritikk som metodene man bruker for å fastslå om en kilde er sann. Hensikten med å gi kildekritikk er å gi leser del i de refleksjoner man har gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Det skal gå tydelig fram hvorfor en bestemt type litteratur er brukt og hvordan utvalget er gjort. Leser har krav på å vite hvilke kriterier som er brukt ved valget av litteratur. Det er to sider ved kildekritikk. Den kalles kildesøking eller litteratursøking og handler om å finne frem til den litteraturen som kan belyse oppgavens problemstilling på best mulig måte. Den andre siden går ut på å gjøre rede for den litteraturen som er anvendt i oppgaven (Dalland, 2012, s. 66).

Etter å ha utarbeidet en foreløpig problemstilling begynte jeg kildesøkingsprosessen. På skolens bibliotek fant jeg fram til relevante bøker. Jeg ønsket å bruke bøker som hadde sykefaglig perspektiv i størst mulig grad, men i noen sammenhenger ble det nødvendig med annen faglitteratur for å utfylle, for eksempel i arbeidet med teoridelen om bipolar lidelse og mani. Pensumlitteratur ble brukt, både i form av bøker, men også anbefalte forskningsartikler. Også skjønnlitteratur ble utforsket. "An unquiet mind" er skrevet av professor i psykiatri Kay Redfield Jamison, og i boken forteller hun om sine egne opplevelser med bipolar lidelse, og hvordan sykdommen har påvirket hennes liv. Skildringene hennes er levende og gir oss som lesere et inntrykk av hvordan livet med sykdommen kan være, så derfor vises det til forfatteren i drøftingsdelen.

I prosessen med å velge forskningsartikler har jeg benyttet meg av Norsk kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) sin sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. Hovedtyngden av utvalgte artikler er basert på kvalitative metoder, så dette var en hjelp i forhold til å forsikre meg om at artiklene var av tilfredsstillende kvalitet. Det var viktig for meg å finne forskning som kunne belyse problemstillingen min fra flere sider, så artiklene jeg vil presentere dekker både pasient- og sykepleierperspektiv.

Samme forsker står bak halvparten av artiklene jeg har valgt ut, noe som kan være en negativ faktor om valget ikke er gjennomtenkt og begrunnet. I søkeprosessen tilstrebet jeg å finne forskning fra forskjellige hold, men det viser seg at forskning på dette feltet er noe begrenset. En forsker som imidlertid har arbeidet mye med dette feltet er psykiatrisk sykepleier og

professor Bengt Karlsson. Jeg tenkte først at jeg kunne plukke ut en av artiklene hans, men jeg vurderte etter hvert at hver av dem er viktige bidrag til oppgavens drøfting, fordi de har forskjellig hensikt og vinkling.

Selv om Karlssons artikler er sentrale i denne oppgaven vil også de andre artiklene tillegges vekt, og jeg er bevisst på at jeg vil skrive en oppgave som er balansert og objektiv. Artikkelen av Hummelvoll og Severinsson ble publisert i 2002, noe som egentlig betyr at den er for gammel i forhold til hovedregelen om ikke å bruke artikler som er mer enn ti år gamle.

Begrenset utvalg og artikkelens kvalitet gjorde at jeg likevel valgte å ta den med.

Helsedirektoratet og WHO er også brukt som kilder i denne oppgaven, samt relevante lover og forarbeid.

3.5 Forskningsetikk

Etikk dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. I forskning kan det oppstå mange etiske spørsmål, og dette legger grunnlag for forskningsetikk (Dalland, 2012, s. 234-235).

Når det gjelder etiske aspekter ved systematiske litteraturstudier er det viktig å velge forskningsartikler som er godkjent av etisk komité og presentere alle resultater som kommer fram, ikke bare dem som støtter hypotesen man eventuelt har formulert. I arbeidet med en litteraturstudie skal man ikke fabrikere data eller drive plagiat (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 69-70)

I denne studien er henvisninger til litteratur gjort i henhold til APA-standarden, som gjør det enkelt å finne tilbake til litteraturen som er brukt. Jeg har hovedsakelig benyttet meg av primærkilder, for å unngå at innholdet er fortolket av noen andre. Det fremkommer i teksten hvor sekundærkilder er brukt. Jeg har tilstrebet å finne forskningsartikler som er vurdert av etisk komité.

3.6 Presentasjon av forskningslitteratur

Eriksen, 2008: Dette er en kvalitativ studie, og hensikten var å få et grunnlag for kvalitetsutvikling i den døgnavdelingen hvor prosjektet ble gjennomført. Utvalget bestod av 12 pasienter fordelt i fire fokusgrupper. Det ble lagt vekt på frivillig deltakelse og anonymisering, og prosjektet ble meldt til Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Vest-Norge og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Metoden som ble brukt kalles ”bruker spør bruker”, og går ut på at de som leder fokusgruppene er mennesker med erfaring som brukere av psykisk helsevernstjenester. Resultatet viser at pasientene ønsker at personalet tar ansvar for relasjonen, og utstråler trygghet, ikke usikkerhet. Det er viktig at personalet har respekt for den enkelte, er interessert i pasienten og har et ønske om å forstå og hjelpe.

Hummelvoll & Severinsson, 2002: Dette er en kvalitativ studie som har til hensikt å belyse personalets oppfatning av maniske personer og hvordan det påvirker omsorgen som blir gitt. Utvalget bestod av en seks personer; en sykepleier, en ergoterapeutassistent, en sykepleierassistent og tre psykiatriske sykepleiere. Det ble gitt godkjenning fra sykehusadministrasjonen til å gjennomføre studien. Personalet på akuttavdelingen ble informert om studiens hensikt og metode, og deltakerne gav skriftlig samtykke. Deltakerne ble garantert anonymitet og konfidensialitet. Basert på at det er gjort slike forskningsetiske hensyn valgte jeg å inkludere denne artikkelen til tross for at det ikke står noe om godkjenning fra etisk komité. Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført for innhenting av data. Resultatet viser at personalet ser de maniske pasientenes ønske om å bli forstått i sin lidelse, og deres behov for trygghet, struktur og respekt.

Karlsson, 2007: Dette er en kvalitativ studie, og hensikten var å beskrive hvordan erfaringsbasert kunnskap kan danne grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie. Utvalget bestod av tverrfaglig miljøpersonale fra en akuttpsykiatrisk post. To fokusgrupper med åtte kvinner og tre menn i alderen 26 til 58 år ble satt sammen. Til tross for at utvalget ikke utelukkende består av sykepleiere vurderer jeg at funnene er relevante i forhold til min problemstilling. Studien ble tilrådet gjennomført av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Øst-Norge. Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført for innhenting av data. Det kommer fram at samtalen er en forutsetning for å etablere en relasjon, og den kan utgjøre et betydelig potensial i samarbeidsforholdet mellom pasient og personale. Respekt og

medmenneskelighet er sentrale begreper og verdier for å gi omsorgsrelasjonen terapeutisk kraft.

Karlsson, 2006: Dette er en kvalitativ studie som har til hensikt å beskrive og forstå fenomenet mani og det å være pasient. Utvalget bestod av seks menn og fem kvinner mellom 26 og 62 år, og alle var diagnostisert med bipolar affektiv lidelse og hadde tidligere vært innlagt ved akuttpsykiatrisk post. Studien ble vurdert av Regional etisk komité og anbefalt gjennomført. Forskningsintervjuene ble gjennomført i personens hjem og dokumentert gjennom lydbåndopptak. Det kommer fram at pasientene ønsker å bli tatt med i beslutninger, og å bli hørt og tatt på alvor. De ønsker å bli møtt av personale som er varme og gir menneskelig omsorg. Erfaringsbasert pasientkunnskap kan bidra til å utvikle møtet og samarbeidet mellom den hjelpesøkende og hjelperen.

Karlsson, 2005: Dette er en artikkel som bygger på to kvalitative delstudier, en pasientstudie og en personalstudie. Hensikten var å presentere pasientenes erfaringer med mani og diskutere hvordan disse erfaringene skaper dilemmaer i en akuttpsykiatrisk avdeling. Utvalget i pasientstudien bestod av seks menn og fem kvinner med bipolar lidelse. Tverrfaglig miljøpersonale bestående av åtte kvinner og tre menn utgjorde utvalget i personalstudien. Begge delstudiene er godkjent av Regional etisk komité. Pasienterfaringene viser hvordan lindrende relasjoner kan innebære væremåter der personen blir sett, bekreftet og anerkjent. I motsatt fall oppleves relasjonen som uttrykk for mangelfull omsorg, noe som bidrar til ytterligere lidelse. Fagpersonen har som oppgave å forstå hva "livsbruset" i manien betyr, og hjelpe pasienten til å se hva det forteller om personens potensialer. Samtidig må fagpersonen hjelpe pasienten til å kontrollere dette livsbruset, slik at det tåles i sosiale sammenhenger. Når livsbruset dempes kan pasienten oppleve seg krenket og at vitaliteten blir undertrykt, noe som gir konsekvenser for samarbeidet med fagpersonen i form av kamp, grunnleggende mistillit og tap av verdighet.

Skorpen & Kristoffersen, 2006: Dette er en kvantitativ studie som har til hensikt å forsøke å finne svar på om det er samsvar mellom pasienter og personale ved psykiatriske avdelinger i vektlegging av omsorgshandlinger og om kjønn har innvirkning på hvordan de vektlegger disse handlingene. Utvalget bestod av 65 pasienter og 79 personale fra 13 avdelinger ved fire psykiatriske sykehus innenfor Hordaland. Pasientene har ulike psykiske lidelser, men jeg vurderer likevel at funnene er relevante i forhold til min problemstilling. Regional komité for

forskningsetikk tilrådet studiet. Pasienter og personale fikk utdelt et skjema "Caring assessment instrument", som måler vektlegging av omsorgshandlinger. I skjemaet skulle det rangeres hva som er minst viktig og mest viktig av ulike omsorgshandlinger. Resultatet viser at pasienter og personale er enige om at "her og nå aktiviteter" som "å lytte til pasienten", "snakke med pasienten" og "være oppmerksom på behov og være tilstede i situasjoner som er vanskelige" er de viktigste omsorgshandlingene. Et stort gap mellom pasientenes og personalets rangering finner man når det gjelder å være ærlig om pasientens psykiske problem. Pasientene har rangert dette til en fjerdeplass mens punktet er nr.21 ifølge personalets rangering.

4 Drøfting

På grunnlag av funn i forskningslitteraturen har jeg valgt ut noen sentrale tema i forhold til valgt problemstilling. Disse temaene vil jeg drøfte opp mot annen litteratur og egne refleksjoner, i lys av Kari Martinsens omsorgsteori.

4.1 Å se og forstå

Deltakerne i studien til Karlsson uttrykker at de kan oppleve krenkelse og undertrykkelse av vitalitet når personalet demper deres "livsbrus" gjennom skjerming og medikasjon. For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten til å kontrollere livsbruset er det viktig at hun forstår hva det innebærer, og samtidig hjelpe pasienten til å se og forstå hvordan atferden påvirker omgivelsene rundt (Karlsson, 2005). Å forstå hva livsbruset innebærer, krever at sykepleieren har empati. I følge Hummelvoll er empati innlevende forståelse, og det handler om å oppfatte den andres subjektive verden med dens emosjonelle komponenter og meninger (Hummelvoll, 2012, s. 422).

Ifølge Martinsen (2003) er forståelse for andre en del av omsorgen. Gjennom felles erfaringer kan man forstå den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon. Når man forsøker å forstå den andres situasjon, vil man sørge for å anerkjenne vedkommende som person, altså se den andres situasjon mest mulig fra hans synspunkt. Da kan man akseptere den andre med hans ressurser og begrensninger (Martinsen, 2003, s. 70-71). Man kan undres hvorvidt det er mulig for sykepleier å forstå et menneske i manisk tilstand.

Jamison (1995, s. 174) skriver følgende, min oversettelse:

Jeg har blitt dypt skeptisk til at noen som ikke har denne lidelsen selv, er i stand til å forstå den (...). Det kan være vanskelig å se det som sykdom, og ikke bare sinne og irrasjonalitet. Det jeg opplever som utenfor min kontroll, kan av andre oppleves som bevisste handlinger.

Det som blir uttrykt ovenfor gir inntrykk av at det kan være utfordrende å forstå maniens vesen. Jeg tror det er viktig å ha forståelse for hvordan sykdommen utspiller seg, og hvordan

dette påvirker pasienten. Samtidig tenker jeg at det er viktig å fokusere på å se det friske i mennesket, og ikke bare se sykdom og symptomer. I veien mot bedring bør sykepleier appellere til den friske delen av mennesket.

4.2 Samtalekunst

Resultatet av studien til Skorpen og Kristoffersen (2006) viser at hjelpetiltakene som blir rangert høyest av pasientene er de følgende: å bli lyttet til og snakket med av personalet. I studien til Karlsson (2005) kommer det imidlertid fram at noen av pasientene opplever å ikke bli møtt eller få anledning til å samtale om det de ønsker i manisk fase. En pasient uttrykte seg på denne måten: ”Jeg fikk ikke prate med noen. De ansatte må være tålmodige og prate med meg. Jeg er et menneske av mange ord og har opplevd så mye vondt” (Karlsson, 2006, s. 8). En annen pasient forteller om denne gode opplevelsen: ”Hun pleieren så håp i meg. Jeg tror det var mye måten hun snakket til meg på (...)” (Karlsson, 2006, s. 9).

Personalet som deltok i studien til Skorpen og Kristoffersen (2006) rangerte kommunikasjon høyt, i likhet med pasientgruppen (Skorpen & Kristoffersen, 2006). I studien til Karlsson (2005) anser personalet samtalen som et grunnlag for utvikling av delt forståelse og terapeutisk samarbeid (Karlsson, 2005). En av deltakerne uttalte: ”Det er jo der kunsten ligger, at man er god til å kommunisere, er god til å nå inn hos et menneske. Jeg har sett noen personer som er kunstnere når det gjelder å snakke seg frem til en løsning” (Karlsson, 2007, s. 9). Personalet opplever imidlertid at tidsbegrensing gjør dem reserverte og forsiktige med hva som tematiseres i samtalen med pasientene (Karlsson, 2005).

Pasientene ønsker at personalet under samtale skal ta dem på alvor, være tålmodige og lyttende (Karlsson, 2006). I følge Hummelvoll (2012) er maniske personer ofte utadvendte og lette å snakke med, men man merker fort at de har labile følelser og vansker med å kontrollere tankeverdenen sin. Det kan være en utfordring å følge vedkommende sine tankebaner, men kommunikasjon kan fremmes ved å lytte til hva personen formidler verbalt og nonverbalt. Å øke sitt eget kommunikasjonstempo bør unngås fordi dette kan stimulere den maniske personen ytterligere (Hummelvoll, 2012, s.235). Eide og Eide (2007) skriver at pasienter kan bli både over- og understimulert, og at informasjonsmengden derfor bør tilpasses formålet med kommunikasjonen og den andres evne til å motta og bearbeide informasjon. I noen

tilfeller er gjentakelse og fyldig informasjon nødvendig for at budskapet skal nå fram (Eide & Eide, 2007, s. 92).

I studien til Hummelvoll og Severinsson (2002) vektlegges det at man bør snakke til maniske pasienter på en enkel måte i den akutte fasen samt å speile pasientens oppførsel. Ved å speile på en åpensinnet og spørrende måte, kan pasienten oppnå økt selvinnsikt og forståelse for situasjonen (Hummelvoll & Severinsson, 2002). I følge Eide og Eide (2007) kan en følesesrefleksjon være en umiddelbar respons på et nonverbalt uttrykk, for eksempel at man sier ”Jeg ser at du er sint” dersom pasienten har knyttede never og sammenbitt kjeve. Speiling av følelser kan virke sterkt bekreftende, spesielt i situasjoner hvor pasienten føler et behov for å bli sett og forstått (Eide & Eide, 2007, s. 192).

Hummelvoll (2012) påpeker at pasienten bør oppmuntres til å lytte til hva som sies, og å rette oppmerksomhet mot de virkninger hans ytringer og væremåte har på andre. Sykepleier oppfordres til å prate med en lavmælt og rolig måte, fordi en kommanderende uttrykksform med høyrøstet tone kan oppleves provoserende og integritetskrenkende (Hummelvoll, 2012, s. 235). Etter hvert som pasienten blir mer samlet og situasjonsorientert, er det viktig at han får snakke om opplevelsene han har hatt. For å stimulere selvinnsikt kan sykepleier søke inn mot pasientens tenkning, selvforståelse og situasjonsopplevelse. Sentrale tema er sykdommens konsekvenser for pasientens liv og hans mulighet til å påvirke sin sykdomslidelse (Hummelvoll, 2012, s. 243).

I følge Karlsson (2007) er samtalen en forutsetning for å etablere en relasjon. Personalet synes at oppriktighet er en sentral betingelse; at pasient og personale skal være oppriktige mot hverandre, mot seg selv og mot andre pasienter og kollegaer (Karlsson, 2007). I følge Eide og Eide innebærer den hjelpende ferdigheten ”å være direkte” at hjelperen snakker ærlig og åpent om her og nå-situasjonen ut fra egne tanker, følelser og reaksjoner. Formålet med denne typen kommunikasjon er primært å forbedre samspillet, samarbeidet og relasjonen (Eide & Eide, 2007, s. 259-260).

4.3 Lindrende relasjoner

Det kommer fram i studien til Karlsson (2006) at pasienter ønsker at sykepleier skal invitere til en medmenneskelig og samtidig profesjonell relasjon. En slik relasjon innebærer en tilnærming preget av forståelse, respekt, delaktighet, likeverdighet, integritetsbeskyttelse og verdighet. Relasjonen mellom pasient og sykepleier bør være basert på pasientenes ønsker og behov, og sykepleier må kunne formidle håp, ha tid, lytte og være tålmodig (Karlsson, 2006). Martinsen (2003) påpeker at omsorgsarbeid krever situasjonsforståelse og personlig engasjement for at det skal knyttes bånd mellom omsorgsgiver og omsorgsmottaker (Martinsen, 2003, s. 16). Ifølge Eide og Eide (2007) er en god relasjon avgjørende for å yte god hjelp og motivere for utvikling (Eide & Eide, 2007, s. 125). Pasienterfaringer fra studien til Karlsson (2005) viser hvordan lindrende relasjoner kan innebære væremåter der pasienten blir sett, bekreftet og anerkjent. Relasjonen kan i motsatt fall oppleves som uttrykk for mangelfull omsorg, noe som kan bidra til mer lidelse (Karlsson, 2005).

I likhet med deltakerne i Karlsson (2006) sin studie, ønsker pasientene i studien til Eriksen (2008) at personalet skal ta ansvaret for relasjonen. Personalet i studien til Karlsson (2007) nevner flere verdier som er viktige når det gjelder å gi relasjonen terapeutisk kraft. En av deltakerne uttalte: ”Vi må alltid ha respekt uansett, og ta pasientene på alvor med medmenneskelighet og omtanke, omsorg og ikke minst tillit” (Karlsson, 2007, s. 6). Også Hummelvoll (2012) påpeker viktigheten av tillit i relasjonen mellom pasient og helsepersonell. Tillit kan forebygge misforståelse, konflikt og bruk av tvang i psykisk helsevern, mens mistillit kan fremme tvang og umuliggjøre bruk av ekte paternalisme, barmhjertighet og velgjørenhet (Hummelvoll, 2012, s. 103).

I Eriksen (2008) sin studie kommer det fram ulike momenter som kan stå i veien for tillit; at personalet opptre usikkert, ikke setter seg inn i den enkeltes situasjon, bagatelliserer problemer eller ikke viser interesse for, eller holder avtaler med pasienten. En pasient uttaler følgende: ”Nokre verkar usikre, og det smittar over på meg. Eg tør ikkje legge problema mine fram, for eg har ingen tillit til dei” (Eriksen, 2008, s. 44). Krogh (2004) understreker viktigheten av gjensidig tillit og respekt for at det skal kunne utvikles en allianse mellom pasient og sykepleier. For at pasienten skal være trygg i forhold til sykepleieren, er det viktig å gjøre avtaler om hvordan støtten fra sykepleieren skal være og hva slags samarbeid de skal ha gjennom hele behandlingsfasen. Når pasienter viser aggresjon, initiativløshet eller

tilbakegang i stedet for fremgang er det viktig at sykepleier er tålmodig og ”holder ut” med pasienten til tross for motgang (Krogh, 2004, s. 199).

Det kommer fram av studien til Karlsson (2007) at personalet har utfordringer knyttet til profesjonalitet. Det er en balansegang mellom faglighet og medmenneskelighet og emosjonell nærhet og avstand. En deltaker uttaler: ”Du utfordres som person. Du utfordres til å leve deg inn i lidelsen. Du utfordres som sykepleier til å være profesjonell og håndheve grenser og være der” (Karlsson, 2007, s. 8). I likhet med Karlsson (2007) påpeker også Hummelvoll (2012) balansegangen hvor man ikke lar seg rive med av pasientens impulser og stemninger, men samtidig viser empati (Hummelvoll, 2012, s. 239). Det kommer også fram av studien til Karlsson (2006) at pasientene ønsker en relasjon til sykepleieren som er både profesjonell og medmenneskelig (Karlsson, 2012).

I praksis har jeg selv opplevd situasjoner som har utfordret min profesjonalitet. Noen pasienter kan berøre oss følelsesmessig, noe som er bra til en viss grad, men ikke om man blir for involvert. Jeg har lært at det er viktig å være bevisst på grensene sine i arbeidet med pasienter, og huske at de er pasienter og ikke venner eller familie. I følge Karlsson(2006) kan imidlertid det å være sårbar og nær ovenfor pasienten gi grunnlag for kontakt og åpenhet i relasjonen. Et personale uttrykker det slik: ”De gangene jeg har kommet nærmest pasienter, det er de gangene jeg har vært litt sårbar ovenfor dem. (...). Da opplever jeg at det er noe som fenger, det er noe som åpner” (Karlsson, 2007, s. 8).

4.4 Tilrettelegge for deltakelse

I studien til Karlsson (2006) forteller pasientene de i svært liten grad opplever at personalet er interessert i, eller tar seg tid til å lytte til deres subjektive erfaringer. Dette kan gi en opplevelse av å ikke bli hørt og tatt på alvor. Pasientene i studien til Eriksen (2008) sier at de kan oppleve å bli skuffet over at personalet ikke tar dem på alvor og krenker integriteten deres (Eriksen, 2008). Hummelvoll (2012) beskriver integritet som menneskers rett til å få opprettholde sin verdighet uansett ytre forhold. Integriteten kan respekteres, men den kan også krenkes gjennom uverdigg behandling og pleie (Hummelvoll, 2012, s. 85).

I følge Sverdrup, Kristofersen & Myrvold (2005) er det et mål at aktiv og ansvarlig medvirkning står sentralt i en rehabiliteringsprosess (Svedrup et al., 2005, s. 43). Hummelvoll (2012) vektlegger at samarbeidet med pasienten vil styrkes ved at ulike tiltak drøftes med pasienten, og at vedkommende selv får delta i valget av tilgjengelige metoder (Hummelvoll, 2012, s. 232). Personalet som deltok i studien til Hummelvoll og Severinsson (2002) uttrykker at de ønsker at pasienten er med når planleggingen og gjennomføringen foregår, samt at han blir tilbudt muligheter for deltakelse og medbestemmelse (Hummelvoll & Severinsson, 2002). En pasient i Karlsson (2006) sin studie forteller imidlertid at han følte at han fikk bestemmelsene tredd nedover hodet, og at han ikke ble trukket med i beslutningsprosessen som angikk hans ønsker om pleie og omsorg (Karlsson, 2006).

Denne uoverensstemmelsen mellom personal og pasient får meg til å undre; blir det som personalet sier gjennomført i praksis? Er opplevelsene som pasienten beskriver utbredt blant andre pasienter? For å komme fram til svar på dette kreves ytterlig undersøkelse og større utvalg, men det kan kanskje tenkes at graden av brukermedvirkning i praksis er varierende.

4.5 Beskyttelse, støtte og struktur

Pasienter i studien til Karlsson (2006) uttrykker at sykehuset, posten og de låste dørene markerer en innramming av sikkerhet og trygghet, mot opplevelser av å ha blitt forfulgt og truet på utsiden. En av deltakerne uttalte at det beste med å bli innlagt på akuttposten var å legge seg til å hvile og være trygg innenfor murene. Skjerming er den tydeligst strukturerte formen for beskyttelse ved akuttposten (Karlsson, 2006).

Hummelvoll og Severinsson (2002) påpeker i sin studie at personalets beslutning om å grensesette og skjerme pasienten er uttrykk for omsorg, og ikke bare maktbruk (Hummelvoll & Severinsson, 2002). I følge Murray og Huelskoetter kan grensesetting og en fast holdning hos sykepleieren resultere i større ro fordi pasienten opplever økt trygghet, redusert angst og en følelse av at sykepleieren har omsorg og er i stand til å overta kontroll (sitert i Hummelvoll, 2012, s. 240). Hummelvoll (2012) vektlegger at grensesetting skal anvendes med skjønn og ikke bli benyttet som et mål i seg selv (Hummelvoll, 2012, s. 241). Martinsen (2003) betegner skjønn som en vurdering vi foretar ut fra vår fortrolighet med hva som ansees som forbilledlige handlinger. Om moralske skjønn foretas ut fra en situasjonsforståelse hvor hensynet til svake er utgangspunktet, vil vi handle moralsk ansvarlig (Martinsen, 2003, s. 51).

I følge Hummelvoll (2012) bør grensesettingen gjennomføres med vennlig fasthet og empatisk forståelse for hvordan metoden virker på pasientens selvaktelse (Hummelvoll, 2012, s. 241).

Pasienter i studien til Karlsson (2006) uttrykker at skjerming fra det øvrige livet ved posten kan oppleves som en straff (Karlsson, 2006). Det samme beskrives av Hummelvoll (2012), som videre påpeker at det er viktig å drøfte skjermingens innhold med pasienten, slik at det samsvarer best med vedkommende sine ønsker og behov. Under den akutte fasen er den maniske pasienten sensibel, overaktiv og kaotisk, og det er nødvendig å minske stimulusnivået. Målet med skjermingen er å støtte personen til å fungere samlet og gjenvinne autonomi og kontroll over seg selv og sitt forhold til sine omgivelser. Sykepleieren har en viktig brobyggerfunksjon mellom pasientens indre kaotiske verden og den ytre virkelighet. Dette innebærer at hun er i stand til å tolke pasientens behov og kompensere for uro ved å opptre rolig og ha situasjonsoversikt (Hummelvoll, 2012, s. 235-236).

I studien til Hummelvoll og Severinsson (2002) kommer det fram at en viktig sykepleiestrategi i den akutte fasen av mani er å skape en støttende sirkel omkring pasienten. Sirkelen er en metafor som formidler bildet av en pasient omringet av personalgruppen. Pasientene har behov for sikkerhet, støtte og struktur. Når pasienten overveldes av angst og usikkerhet, kan sirkelen gi inntrykk av sikkerhet og la pasienten føle at han er i trygge hender. I sirkelen inngår konkret innhold, som består av informasjon til pasienten, lettfattelige og klare regler for oppførsel samt en forent holdning i personalgruppen. Sammen skal disse aspektene bidra til orden, oversikt og forutsigbarhet for pasienten (Hummelvoll & Severinsson, 2002). Vatne (2009) påpeker at sykepleiers trygghet i en kaotisk situasjon kan smitte over på pasienten og ha positiv effekt på hans angst og orienteringsevne (Vatne, 2009, s. 142).

5 Avslutning

I faglitteratur og forskning presenteres verdifulle funn som belyser hvordan sykepleiere kan gi god omsorg til maniske pasienter.

Det er viktig at sykepleier har forståelse for sykdommen og hva den innebærer. Kommunikasjon med denne pasientgruppen kan være utfordrende, og forskning viser at pasientene ønsker at sykepleier er tålmodig og lyttende. Samtalen bør tilpasses den enkeltes evne til å motta og bearbeide informasjon, og i den akutte fasen av mani kan sykepleier snakke på en enkel måte til pasienten. God kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er også viktig i forhold til å etablere en relasjon. En medmenneskelig og profesjonell relasjon innebærer en tilnærming preget av forståelse, respekt, delaktighet, likeverdighet, integritetsbeskyttelse og verdighet. For at pasienten skal føle seg trygg i forhold til sykepleier er det viktig å gjøre avtaler om hva slags samarbeid de skal ha gjennom hele behandlingsfasen, på denne måten kan tillit bygges.

Når det gjelder tilrettelegging for deltakelse, er også dette noe som må tas på alvor, for ikke å krenke pasientenes integritet. I praksis kan dette gjennomføres ved at ulike tiltak drøftes med pasienten og at vedkommende får delta i valg av tilgjengelige metoder. Beslutninger om grensesetting og skjerming skal være uttrykk for omsorg, selv om det innebærer maktbruk. Det er viktig å drøfte skjermingens innhold med pasienten, slik at den kan samsvare best mulig med vedkommende sine ønsker og behov. Sykepleier skal kompensere for uro ved å opptre rolig og ha situasjonsoversikt. Sykepleiers trygghet kan ha positiv på den maniske pasientens angst og orienteringsevne.

Funnene over viser hvordan omsorg kan uttrykkes gjennom ord, handling og holdning. For å holde seg oppdatert på hva som er god omsorg til ulike pasientgrupper, må man som sykepleier bruke ulike kunnskapskilder, altså tilstrebe en kunnskapsbasert praksis. Flere av studiene som denne oppgaven bygger på uttrykker at det er behov for mer forskning på feltet som jeg valgte å undersøke i denne oppgaven.

Et av målene med denne oppgaven var å gjøre funn som kan nyttiggjøres i praksis. Pasienterfaringer vitner om at det er rom for forbedringer av omsorgen som blir gitt på

akuttpsykiatrisk post. Økt kunnskap blant personalet vil nok kunne bidra til slik forbedring. Jeg har gjort funn som jeg selv kan bruke i møtet med maniske pasienter i fremtiden. Jeg tror også at noen av funnene kan være overførbare til andre pasientgrupper, både innenfor psykiatri og somatikk. For å bidra til at andres bevissthet omkring emnet jeg har jobbet med, vil jeg formidle kunnskapen til medstudenter og kollegaer på arbeidsplassen min.

6 Referanseliste

- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide & Eide (2007). *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani: forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, K. Å. (2008). Pasienterfaringar som kvalitetsindikator: "Brukar spør brukar" i ei psykiatrisk døgnavdeling. *Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(3), 40-50. Hentet fra: http://brage.bibsys.no/hsh/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_7795/1/Eriksen.pdf
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Forfattarna och Bokförlaget Natur & Kultur.
- Haver, B. & Nyhus, I. K. (2012) Forløpet av bipolare lidelser. I B. Haver, K.J. Ødegaard & B. Fasmer (Ed.), *Bipolare lidelser* (s.163-188). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidningar*. Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidningar/Publikasjoner/IS-1925.pdf>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hummelvoll, J. K. & Severinsson, E. (2002). Nursing staffs' perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing* 38(4)416-24. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2002.02199.x/pdf>

- Jamison, K. R. (1997). *An unquiet mind: a memoir of moods and madness*. London: Picador.
- Karlsson, B. (2007). "Det er jo en kunst" – om erfaringsbasert psykiatrisk omsorg ved en akuttpost. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 9(4), 3-14.
- Karlsson, B. (2006). "Jeg tror det var måten hun snakket til med på" - erfaringsbasert pasient - kunnskap fra en akuttpsykiatrisk post. *Klinisk Sygepleie*, 20(1)4-12.
- Karlsson, B. (2005). Mani som livsbrus og et psykiatrisk problem – omsorgens dilemmaer i en akuttpsykiatrisk kontekst. *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7(1)3-13.
- Kristofferesen, N.J. (2008). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.A. Skauge (Ed.) *Grunnleggende sykepleie: bind 4* (s.13-100). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Krogh, G. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie: sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner* (2.utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Larsen, E., Aasheim, F. & Nordal, A. (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet: mål anbefalinger og tiltak i opptrappingsplan for psykisk helse* (IS-1315). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse/Publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse.pdf>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2006). Sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning. [Brosjyre]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Nordtvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2.utg.). Oslo: Akribes.

Ot.prp. nr. 11 (1998-1999). *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.*

Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-11-1998-99-/7.html?id=159406>

Pasient- og brukerrettighetsloven.(1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.juli 1999 nr.63.* Hentet 27. august fra <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2.juli 1999 nr. 62.* Hentet 27. august fra <http://lovdata.no/all/hl-19990702-062.html>

Skorpen, F. & Kristoffersen K. (2006). Korleis vektlegger pasientar og personale ved psykiatriske sjukehus i Norge kva som er god omsorg? *Vård i Norden*, 26(3)24-9.

Hentet fra: http://brage.bibsys.no/hsh/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_7357/1/skorpen2006.pdf

Skårderud, F., Haugesgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: sinn, kropp, samfunn.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sverdrup, S., Kristofersen, L. B. & Myrvold. (2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse* (2005:6). Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.

Vatne, S. (2009). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

WHO. (2010). ICD-10 Version 2010. Hentet 26. august 2013 fra: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

Ødegaard, K.J., Høyersten, J.G. & Fasmer (2012). Historisk utvikling, epidemiologi og klassifisering av bipolare lidelser. I B. Haver, K.J. Ødegaard & B. Fasmer (Ed.), *Bipolare lidelser* (s.45-72). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

7 Vedlegg

7.1 Tabell som viser resultatet av søkeprosessen

Søkeord	Database	Antall treff
1) Bipolar+nurse	CINAHL	80
2) Bipolar+nurse+care	CINAHL	48
3) Mania+nurse	CINAHL	16
4) Mania+nurse+care	CINAHL	9
5) Bipolar+nurse	SveMed+	4
6) Bipolar+nurse+care	SveMed+	1
7)Mania + nurse	SveMed+	4
8) Mania+nurse+care	SveMed+	1
9) Mania	SveMed+	141