

BACHELOROPPGÅVE

«Kvifor stoppa de meg ikkje?»

Korleis kan sjukepleiar skjerme pasient i manisk fase, og hindre eksponering på sosiale media?

Av Henriette Dvergsdal Holden

Kandidatnummer: 22

How can a nurse seclude the patient in a manic phase and prevent exposure on social media?

Emnekode og namn: SK 152 Bachelor i sjukepleie

Innleveringsdato: 02.05.2014

Tal ord: 6984

Rettleiar: Siv Iren Juklestad

Samandrag

Bruk av sosiale media aukar i popularitet, og mange delar informasjon eller bilete offentleg. Dette kan medføre vanskar for den det gjeld, då det er uvisst kor mykje som kan fjernast att. Særleg kan dette bli eit problem hos ukritiske pasientar. Av den grunn ser eg på det som eit viktig tema og noko som ein bør ta tak i før det gjev for stor skade. På bakgrunn av dette utarbeidde eg problemstillinga «*Korleis kan sjukepleiar skjerme pasient i manisk fase, og hindre eksponering på sosiale media?*» .

Metoden har vore å nytte ulike databasar for å finne relevante forskingsartiklar knytt til temaet. Eg har også sett kva retningslinjene for behandling av maniske pasientar fortel. I tillegg har eg brukt relevant faglitteratur, samt pensum. I drøftinga mi set eg erfaringar eg har gjort meg i praksis opp mot teori og forskning.

Korleis ein opptrer i møte med pasienten er heilt avgjerande for korleis pasienten møter deg. Av den grunn er det viktig å tenke over haldningar, kroppsspråk og kva ein seier. Sosiale media er per i dag ein heilt vanleg kommunikasjonsarena. Alle menneske har behov for tilbakemelding. På til dømes facebook, vil dette enkelt skje i form av at ein likar og kommenterar bilete/statusar.

I drøftingsdelen har eg tatt for meg korleis ein opptrer i møte med pasienten og dannar relasjon. Vidare diskuterer eg viktighet av samarbeid, og korleis ein skal gå fram for å skjerme pasienten. Eg tar også for meg korleis ein skal få pasienten til å forstå at det er til hans beste.

Ein manisk, og derav ukritisk pasient treng skjerming. Skjerminga bør også omfatte bruken av sosiale media. Samarbeid er ein viktig nøkkel. Vil det vere mogleg å samtale med pasienten, dermed komme til einighet om bruk av sosiale medium? Autonomi, respekt og omsorg er sentrale begrep i psykisk helsearbeid.

Summary

The use of social media is increasing in popularity and a lot of people share information and pictures online. This can cause problems for the persons involved, since it is uncertain how much of it can be deleted. This is particularly critical with patients lacking the ability to be objective. Because of this I see it as an important thesis and a subject that should be discussed before it causes too much harm. Hence the reason I wrote the thesis: *“How can a nurse seclude the patient in a manic phase and prevent exposure on social media?”*

The method has been to use different databases to find relevant studies linked to the thesis. I have also looked at the guidelines for treatment of manic patients. In addition to this I have used relevant literature and the curriculum. In my discussion I use the experience I have acquired in my practice up against theories and research.

Your behavior is critical to how the patient perceives you. Because of that it is important to consider your attitude, body language and what words you use. Social media is at the moment a normal platform for communication. We all need feedback and on social media such as Facebook, this will happen in form of a “like” or a comment of your picture/status.

In the discussion part, I am arguing for different ways to meet the patient and how it forms a relationship. Further on I discuss the importance of cooperation and how to seclude the patient. I also discuss how to make the patient understand how it is in his/her interest.

A manic and thereby an uncritically patient needs seclusion. The seclusion should also include the use of social media. Cooperation is a critical key here. Will it be possible to communicate with the patient and thereby come to an agreement about the use of social media? Autonomy, respect and care are central terms in mental healthcare. One must always safeguard the individual and see all individual needs.

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema og problemstilling	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensing av problemstilling	2
1.4 Definisjonar av sentrale begrep i problemstillinga	3
2.0 Metode	4
2.1 Søkeprosess etter relevant forskning	4
2.2 Val av bøker	5
3.0 Teori.....	6
3.1 Presentasjon av relevante funn i forskingsartiklar	7
3.2 Sjukepleiar i møte med den maniske pasienten, haldningar og kommunikasjon	9
3.3 Skjerming i manisk fase	10
3.3.1 Kort presentasjon av lover/forskrifter knytt til skjerming.....	12
3.3.2 Pasientens autonomi	13
4.0 Drøfting.....	15
4.1 Sjukepleiar i møte med den maniske pasienten, haldning og kommunikasjon.....	15
4.2 Skjerming av pasient i manisk fase	18
4.2.1 utfordringar/konsekvensar ifht relevante lover og reglar rundt skjerming.....	20
4.2.2 Autonomi	21
5.0 Styrke og veikskap	22
6.0 Konklusjon	23
Litteraturliste.....	24
Vedlegg.....	27

1.0 Innleiing

Det er 1 milliard menneske som tilhører det kjente sosiale mediet «facebook». Kvar dag er 500 millionar menneske innom nettstaden, mange av desse fleire gangar dagleg (Kross et al., 2013). I kvardagen går stadig fleire av oss rundt med smarttelefonar og nettbrett. Desse hjelpemidla gjer det lett å ringe eller «chatte» saman med venner og ukjente (Aalen, 2013). Eit tastetrykk er nok, og ein delar ein ny status med facebook-vennar. Dersom ein person likar denne statusen, kan det medføre at også venner av denne personen vil få dette opp i sin «nyhetsoppdatering». Altså, vil ein slik status nå langt på kort tid (Aalen, 2013).

I stortingsmelding nr. 43 kjem det fram at det er begrensa kor mykje av det ein legg ut, som kan slettast (st.meld. nr. 43 (2003-2004, 2003). Sjølv om ein fysisk slettar det og ser at det forsvinn, kan det allereie ha blitt kopiert av store søkemotorar. Dette fortel meg at ein bør vere varsame med kva ein delar på nettet. Ikkje alle tenker konsekvensar i det ein handlar. I møte med menneske innan psykisk helsevern, tenkjer eg at det er sentralt at ein som sjukepleiar vernar og/eller begrensar pasienten. Dette i form av kva som blir publisert på offentlege nettstadar som til dømes facebook. Ved å gjere dette vil ein ivareta pasientens personvern. Samstundes må ein nytte samarbeid, og ta hensyn til pasientens autonomi (Vatne, 2006). Sjukepleiaren må difor ha kunnskap for rammer og lover for bruk av tvang, og korleis ein kan handtere situasjonar for å unngå tvang (NOU 2011:9, 2011).

1.1 Bakgrunn for val av tema og problemstilling

Eg hadde lite kunnskap om fagfeltet psykiatrisk helsevern før eg var i praksis på ein akuttpost. Under opphaldet mitt erfarte eg at pasientar i manisk fase ofte treng skjerming fordi dei kan opptre ukritisk. Denne skjerminga føregjekk oftast i form av at ein oppmoda pasienten til å halde seg på rommet sitt. Det eg merka meg var at dei fleste pasientane som blei innlagte i posten hadde mobiltelefon. Som nemnt innleiingsvis er det då lett å kontakte den ein ynskjer. Det eg meiner er at sjølv om vi skjermar dei på rom for å unngå stimuli, kan

ein raskt og lett nytte ein smarttelefon og kommunisere med kven som helst utanfor rommet. Å bli halde inne på eit rom, men framleis ha telefon og internett-tilgang medfører truleg meir eksponering.

Gjennom skulegang og oppvekst får ein høyre kor viktig det er å tenke over kva ein delar offentleg. Kva ynskjer du at din framtidige arbeidsgivar skal kunne finne om han søker deg opp? Kanskje kan det vere lurt å tenke over før ein legg ut noko som kan verte øydeleggande. Bruk av sosiale media er aukande, og spesielt blant yngre (Brandtzæg, 2011). I denne oppgåva ynskjer eg å sjå meir på korleis ein som sjukepleiar kan skjerme pasient og hindre eksponering på sosiale media, samtidig som ein ivaretek pasienten på best mogleg måte.

Ein samtale med ein pasient som hadde gjennomgått manisk fase fekk meg til å ville skrive om dette. Ho visste at det ho hadde skrive på facebook allereie var eit stort samtaleemne blant dei 600 «facebook-vennane». Pasienten stilte følgjande spørsmål «Kvifor stoppa de meg ikkje? Kva når eg skal søke jobb? Har eg framleis vener etter dette?» Mi undring i situasjonen var: Korleis kan ein som sjukepleiar betre situasjonen, når skulle ein trådd inn og hindra eksponeringa?

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillinga eg har kome fram til og ynskjer å svare på er følgjande: «Korleis kan sjukepleiar skjerme pasient i manisk fase, og hindre eksponering på sosiale media?»

1.3 Avgrensing av problemstilling

Oppgåva mi tek utgangspunkt i pasientar i manisk fase som er innlagt på psykiatrisk klinikk. Eg ynskjer å ta for meg problemstillinga som skissert over, og vil vise til relevant fagkunnskap

og dra inn egne erfaringar. Avgrensinga mi blir til pasientar som har skjermingsvedtak og vedtak om skjerming frå mobil. Innanfor psykisk helsevern, og spesielt når pasient får eit skjermingsvedtak vil kommunikasjon og haldningar spele ei vesentleg rolle i arbeidet mot betring. Eg trur at korleis ein møter pasienten, vil spele ei vesentleg rolle for korleis pasienten møter deg. Av den grunn vil oppgåva handle like mykje om haldningar og kommunikasjon, som mani og skjerming.

For å få betre flyt i teksten, vil eg omtale pasienten som «ho» og «henne».

1.4 Definisjonar av sentrale begrep i problemstillinga

Skjerming er når ein pasient blir halde på eit lukka, avgrensa område der ho blir skjerma for mest mogeleg stimuli. Grad av skjerming og korleis det blir nytta, varierer etter kva pasienten har behov for (Vatne, 2006).

Mani er ein tilstand som ligg under bipolar lidning, tidligare kalla manisk-depressive lidningar. Mani er ein episode med alvorleg oppstemthet, meistringskjensle og energioverskot. Episoden må vare i over ei veke og ha minst tre andre symptom. Desse symptoma kan vere irritabilitet, auka sjølvbilete, storhetsforestillingar, taleflom, kritikklause og tankeflukt (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009; Krogh, 2005).

Eksposering blir i dei fleste bøker definert som noko ein utset seg for (Hummelvoll, 2012). I mi oppgåve vinklar eg det mot utlevering over sosiale media, hovudsakleg facebook og mobil.

Sosiale media er eit vidt begrep, som er vanskeleg å definere. Det omhandlar kommunikasjonsmedia og massemedia (Aalen, 2013). I forhold til denne oppgåva vil eg

fokusere på kommunikasjonsmedia, derav egosentriske nettverk, som er sosiale nettverk der individet står i fokus. Døme på dette er facebook (Aalen, 2013).

2.0 Metode

Mi bacheloroppgåve er ei litterær oppgåve, då den bygger på forskingsartiklar og faglitteratur. Ei slik oppgåve skal bestå av kvifor denne type litteratur er valt og korleis val av litteratur er gjort (Dalland, 2012). I dette kapittelet vil eg fortelje korleis eg har gått fram for å finne den litteraturen eg har nytta i oppgåva mi.

2.1 Søkeprosess etter relevant forskning

Ved å gå gjennom Hisf sine sider nytta eg søkebasen Academic Search Premier. Her kunne eg hake av og velje å søke i Medline og Cinahl samtidig. For å avgrense søket valde eg artiklar publiserte mellom 2004-2014 som omhandla mani og/eller sosiale media. Søkeordet «social media» gav meg 15780 treff. Med søkeordet «seclusion» fekk eg 2173 treff. Ved å bruke begge orda saman, fekk eg 1 treff. Denne blei ekskludert då resultatet av artikkelen ikkje var relevant for mi problemstilling. Søkeordet «Facebook use» gav meg 955 treff. Ved å legge til «self esteem» fekk eg 22 treff. For å finne ut kva artiklar som var mest relevante for mi oppgåve, såg eg på overskrift og las abstrakt. Eg kom då fram til 5 artiklar, der 3 av desse vil ha hovudfokuset i oppgåva mi.

For å finne ut om det var forskingsartiklar, såg eg etter om det var nytta IMRaD-strukturen. Det er den mest brukte norma for oppbygging av den enkelte artikkel. IMRaD er ei forkorting for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2012).

Artiklane blei valde på bakgrunn av at funna i studia var relevante for å belyse problemstillinga mi, samt presentasjon av emnet. Den oppsummerte studien «Why do people use facebook?» (2011) tek for seg den auka bruken av facebook og ser på kva som får menneske til å nytte facebook. Ein oppsummert studie er betre enn ein enkeltstudie, då den tar for seg fleire studiar. Oppsummert studie kan innehalde kvalitetsvurderte studiar og systematske oversikter (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

Ein av dei andre artiklane hadde tittelen «Is facebook creating «Idisorders»? The link between clinical symptoms of psychiatric disorders and technology use, attitudes and anxiety» (Rosen et al., 2013). Her tar dei for seg om bruk av sosiale media vil framkalle symptom hos personar med stemningslidingar. Vidare kjem dei med funn som både overraskar, samtidig som det er truverdig. Artikkel nummer tre var «Psychological predictors of young adults use of social networking sites» (Wilson, Fornasier & White, 2010). Her ser dei på bruk av sosiale nettverksider. Denne blei inkluderte fordi innhaldet verka truverdig, samt at den påpeikar noko av det eg meiner er viktige moment når det gjeld sosiale media. Funn frå forskingsartiklane eg ynskjer å nytte vil bli nærmare presenterte i eit eige kapittel under teoridelen. Søkeshistorikk er vedlagt som vedlegg 1.

2.2 Val av bøker

Eg tok utgangspunkt i at eg ynskjer å skrive om sosiale media, og søkte på Bibsys etter «sosiale medier». Då dukka det opp to bøker som såg relevante ut, «sosiale medier i all offentlighet» (Brandtzæg et al, 2011) og «En kort bok om sosiale medier» (Aalen, 2013). Førstnemnde blei lite nytta, då denne var meir eigna for offentlege bedrifter som ynskjer å ta i bruk sosiale media. Elles leita eg etter bøker om «skjerming», «psykiatrisk helsearbeid» og «psykiatri». I tillegg fekk eg tips ved å sjå i litteraturlistene på tidlegare bachelorar som omhandla «psykiatrisk helsearbeid». Etter å ha funne bøker, lest boktitlar, innhaldsfortegnelsar, og kva som var skissert bak på dei ulike bøkene kom eg fram til eit par *hovudbøker*.

Hovudbøkene eg har valt er «begreper i psykiatrisk sykepleie» av Gunn Von Krogh (2005), «Korrigere og anerkjenne» av Solfrid Vatne (2006), «Helt – ikke stykkevis og delt» av Jan Kåre Hummelvoll (2012) og «en kort bok om sosiale medier» av Ida Aalen (2013). Desse valde eg då eg føler dei er mest relevante i forhold til at eg ønskjer å skrive om mani, skjerming og sosiale media. Ida Aalen si bok er bygd på masteroppgåve hennar om sosiale media. Solfrid Vatne (2006) har fagkunnskap, støtta av forskning som eg meiner er viktig i mi oppgåve. Eg har også nytta relevant pensum litteratur og bøker om kommunikasjon og psykiatrisk helsearbeid. På helsebiblioteket sine sider fann eg helsedirektoratet sine retningslinjer for utgreiing og behandling av bipolare lidingar (helsedirektoratet, 2012). Retningslinjene skal vere til hjelp, slik ein vel den mest hensiktsmessige behandlinga for kvar enkelt (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverhold, Nordheim, Reinar, 2012). Eg fann også Norges offentlege utredningar som skriv om auka fokus på sjølvbestemming og rettssikkerhet (NOU 2011:9, 2011).

3.0 Teori

I dette kapittelet vil eg vise til teori som omhandlar korleis ein kan skjerme pasient i manisk fase og hindre eksponering på sosiale media.

Omgrepet sosiale media blei først vanleg i 2008. Før den tid var det slik at ein ved hjelp av brev eller telefon kunne kommunisere med ein person av gangen. For å nå ut til fleire om gangen måtte ein nytte TV, radio og bøker. Den teknologiske utviklinga har ført til ein meir flytande overgang. I dag kan ein ved hjelp av sosiale media nå eit stort publikum. Sosiale media har blitt ein av våre grunnleggande måtar å kommunisere på, og kanskje den som blir nytta mest. Ved å nytte e-post, forum, chatrom, nettsamfunn og sosiale media kan ein kommunisere på tvers av tid og stad, samt nå fleire millionar. Endå lettare er det når ein kan

nytte mobiltelefonen og komme seg på nett anten ein er på butikken, heime eller på ferie (Aalen, 2013).

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for de grunnleggende menneskerettigheter» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7). Pasientar som er ukritiske, krev at vi som sjukepleiar beskyttar dei og ivaretek behova deira. Sjukepleiaren skal ha eit holistisk perspektiv. Med det meinast at ein skal sjå heile mennesket: det fysiske, emosjonelle, sosiale, kulturelle og åndlege (Hummelvoll, 2012).

Som sjukepleiar skal ein i tillegg vere lojal og vise respekt ovanfor pasientar, medarbeidarar og arbeidsplass. Retningslinjer, lover og yrkesetikk skal rettleie oss til å ta riktige val (Hummelvoll, 2012).

3.1 Presentasjon av relevante funn i forskingsartiklar

I mi oppgåve ynskjer eg å legge vekt på tre forskingsartiklar. I dette kapittelet vil eg forklare resultat frå artiklane som er relevante for mi bacheloroppgåve.

Den oppsummerte studien «Why do people use facebook?» av Nadkarni og Hofman (2011) tar utgangspunkt i å finne ut kvifor menneske nyttar facebook. Det blir skriva at internettbruk har vore forbunde med skadelege effektar når det gjeld menneske si psyke og velvære. Resultat frå studiet viser at ein nytta internettsider som facebook hovudsakleg av to grunnar: av behov for å tilhøyre samfunnet/i vennekrets og behov for sjølvpresentasjon. Ein får moglegheit til å bestemme korleis ein framstiller seg sjølv, ut i frå kva og korleis ein skriv, kva bilete ein legg ut og kven ein er venner med. Ein kan dessutan redigere, slette og legge inn fakta og opplysningar angående seg sjølv, noko som kan medføre betre sjølvkjensle. I tillegg

kan ein like andre sine bilete og statusar, som fører med seg positiv eller negativ tilbakemelding for den det gjeld.

Studien såg også på kven som nyttar facebook. Her var resultatene at dei som oftast nyttar facebook viser høgare grad av utadvendtheit og låg sjølvkjensle. Sosiale behov er eit av dei grunnleggjande behova til menneske. Gjennom facebook kan ein få dette delvis dekt. Både i form av å kommunisere, men også ved at andre inkluderar og viser aksept ved å like statusar og bilete. Når det gjeld kven ein godtar som venn på facebook, spelte det ei signifikant rolle kva profilbilete ein hadde. Å nytte facebook viste seg å kunne medføre høgare sjølvkjensle og kjensle av tilhøyrse (Nadkarni & Hofman, 2011).

Ein annan forskingsartikkel hadde tittelen «Is facebook creating «disorders»? The link between clinical symptoms of psychiatric disorders and technology use, attitudes and anxiety» (Rosen, Whaling, Rab, Carrier & Cheever, 2013). I denne artikkelen ser ein på om bruk av sosiale media framkallar symptom hos personar med stemningslidningar. Pasientar med bipolar lidning brukte meir tid på facebook, fleire timar å lytte på musikk og hadde fleire facebook-vener enn andre. Det er utvida studiar der det viser seg at depresjon heng saman med bruk av tekstmeldingar, chatting og internett. Denne studien fortel at facebook-bruk spådde einsemd, og at dei med låg sjølvkjensle lettare kunne knytte band gjennom facebook.

I ein studie frå 2011 er eit funn at ein gjennomsnittleg ser på mobilen 150 gonger om dagen. Noko som tilseier kvart 6.5 min i vaken tilstand. 54% sjekkar mobilen medan ein ligg i senga, 30 % under middag og 39% medan ein er på badet (Rosen et al., 2013).

«Psychological predictors of young adults use of social networking sites» (Wilson, Fornasier & White, 2010). Studien viser at folk brukar sosiale nettverksider som facebook til å halde kontakten med andre. Frå tidligare viste det seg at personlegdom og sjølvkjensle var faktorar som spelte ei rolle for bruken av sosiale media. At dei med høg sjølvtilitt brukte meir

sosiale nettverk. Samtidig blei det sendt mykje meldingar blant dei som hadde lågare sjølvkjensle. I løpet av studiet, endra resultata seg. Sjølvkjensle avgjorde ikkje mengd bruk av sosiale media. Men alt etter låg eller høg sjølvkjensle, er det mange som søker til sosiale media for å få tilbakemelding. Dei som ikkje kom like lett overeins med andre brukte også meir tid på internett. Desse funna tyder på at internett har potensiale til å la personar lausrive seg frå sosial angst, som personar med låg sjølvkjensle ofte har. For mykje bruk kan føre til sosiale, psykologiske, fysiske og andre problem for unge personar. Det er vidare påvist at det er avhengighetskapande.

3.2 Sjukepleiar i møte med den maniske pasienten, haldningar og kommunikasjon

Menneske lev i relasjon med andre menneske, og i alle relasjonar føregår kommunikasjon. Vi delar kommunikasjon i *verbal* og *nonverbal* kommunikasjon. Altså kommunikasjon med eller utan ord. Anten vi smiler, ser ned eller snakkar så kommuniserer vi (Jensen & Ulleberg, 2011). Dei siste åra har sosiale media blitt ein av våre grunnleggande kommunikasjonsmetodar (Aalen, 2013). Korleis ein utfaldar seg ved bruk av språket kan øydeleggje samtala. Til dømes ved invaderande/angripande ord (Martinsen, 2012).

All kommunikasjon handlar om innhald (sak) og relasjon (forhold). Å ikkje svare eller sjå ned kan tolkast som avslag. Av den grunn bør ein tenke over kva ein seier og kva tonefall ein nyttar, samt kva ord ein legg vekt på. Dette gjeld også på sosiale media. Kva skriv ein, og korleis skriv ein det. Nokon vil sitje igjen etter å enten ha motteke svar eller ikkje, og lure på kvifor det blei slik (Jensen & Ulleberg, 2011).

Haldningar er eit vidt omgrep, som kan vinklast på ulike måtar. Undersøking av kva pasientar oppfattar som positive haldningar er blant anna empati, omsorg, openheit, likeverdighet, trygghet, støtte og fleksibilitet (Hummelvoll, 2012). Det vil vere naudsynt å finne ut kva haldningar pasienten set pris på med tanke på at atmosfæren blir farga av haldningane og eigenskapane til miljøterapeutane, men også tonen mellom pasient og hjelpear (Hummelvoll,

2012). I psykoterapiforskning blir det påpeika at den terapeutiske relasjonen er av sentral betydning dersom ein ynskjer framgang i psykoterapi (Jensen & Ulleberg, 2011).

Ein relasjon utviklast gjennom kommunikasjon. Ein kan nytte den triadiske modellen, for å forklare samanheng og forhold mellom tre element som til saman utgjer ei meningsfylt heilskap. Det handlar om dei som kommuniserar og deira relasjon til innhaldet (Jensen & Ulleberg, 2011). Dei tre elementa vil i mi oppgåve vere pasient, sjukepleiar og skjerming. Dette vil eg utdjupe i drøftingsdelen.

3.3 Skjerming i manisk fase

Solfrid Vatne (2006) viser til barneoppdragelse, for å forklare grensesetjing. I samanheng med dette skriv ho at ein gjennom korrigering lærer korleis ein oppfører seg i ulike settingar. Ho forklarar at det kan vere snakk om eit avgrensa område eller å avgrense grad eller styrke til noko. «Definert i vid betydning innebærer både avgrensning og begrensning restriksjoner mot eller innskrenking av atferd» (Vatne, 2006, s. 44-45). Vidare skriv ho at grensesetjing truleg er lite omtala som terapiform, då ein tar det for gitt at dette må nyttast. Grenser er noko ein treng i samfunnet som ein tileignar seg gjennom sosialisering. Vatne (2006) delar denne grensesetjinga i tre. Omsorgsrolla, oppdragerrolla og voktarrolla.

Ein må inkludere pasienten på best mogleg måte og ivareta rettar, ønskjer og behov så langt det let seg gjere. Før ein iverkset tiltak må ein prøve å samarbeide med pasienten. Som sjukepleiar bør ein starte med å prøve å nytte omsorgsrolla. Denne rolla går ut på at sjukepleiaren ved hjelp av omsorg skal komme med råd og ønskjer som påverkar pasienten til å ta riktig beslutning. Dette vil skape trygghet, forutsigbarhet og struktur for pasientar som er prega av tankekaos (Vatne, 2006).

Vatne (2006) skriv vidare at dersom omsorgsrolla ikkje fungerer godt nok, må ein gå vidare til oppdragerrolla. Det er den rolla foreldra har ovanfor barna sine. Her prøvar ein å nytte fornuft i håp om at pasienten skal forstå og vere einig i dette. Det vil vere ei form for motivering der ein prøvar å overtale pasientane til å ta det riktige valet. Her kan ein fortelje pasienten om konsekvensane som kan oppstå ved å dele så mykje på internettet. Vatne (2006) kjem med eksempel på dersom ein pasient bør dusje, så kan ein informere og motivere ved å påpeike at det er lenge sida pasienten har dusja og at det er viktig. Ein kan gi val ved å seie at dette skal skje før eller etter frukost. På den måten kan pasienten vere med å bestemme, samtidig som ein er streng om at pasienten må føreta seg noko. I dette eksempelet blir det brukt skjult tvang (Vatne, 2006).

Dersom pasienten oppfattast som farleg og det er fare for fysiske angrep, er det lett å gå inn i ei voktarrolle (Vatne, 2006). Det går ut på å bruke open tvang, utan å i det heile tatt prøve å samarbeide først.

Ein pasient med bipolar lidning, som er i ein ukritisk fase vil ha behov for å bli begrensa (Aarre et al., 2009). Skjerming nyttast oftast i akuttfasen hos pasientar i manisk fase for å dempe stimuli og beskytte pasienten (Helsedirektoratet, 2012). Likevel skal pasientane så langt det let seg gjere vere med å ta avgjersler for korleis skjerminga skal føregå. Lover og reglar som regulerer skjerming er skissert i kapittel 3.3.1.

Helsedirektoratet (2012) skriv at klinisk erfaring fortel at skjerming er eit godt og effektivt hjelpemiddel. Det er midlertidig ikkje forska nok på, og ein kan difor ikkje konkludere om dette stemmer. I enkelte høver er det likevel nødvendig slik at dei ansatte kan oppnå kontroll og meistring av situasjonen (Vatne, 2006). Ved skjerming er det viktig at ein undervegs fortel kvifor ein har sett i verk dette tiltaket, og kva pasienten sjølv kan bidra med for å raskare nå betring (Krogh, 2005). «Enhver form for tvang, vil nødvendigvis innebære en form for innskrenking/begrensing av atferd, blir påført eller pårører andre begrensinger» (Vatne, 2006, s.45). Vatne (2006) skriv vidare at bruk av tvang forutset at ein har makt som skal påverke pasienten i ei bestemt retning.

Målet med å setje i verk skjermingsvedtak vil vere å skape struktur og hindre overstimulering og unødig påverknad frå andre (Helsedirektoratet, 2012).

3.3.1 Kort presentasjon av lover/forskrifter knytt til skjerming

Som sjukepleiar skal ein følgje dei yrkesetiske retningslinjene. Desse retningslinjene bygger på prinsippa i ICN sine etiske reglar og menneskerettighetane. Dei fortel at sjukepleia skal baserast på barmhjertighet, omsorg og respekt for den enkelte (Norsk sykepleierforbund, 2011). Retningslinjene skal vere eit hjelpemiddel for sjukepleiarar, og konkretiserar kva ein skal strebe etter for å sikre god praksis i møte med menneske (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverhold, Nordheim, Reinart, 2012). Som sjukepleiar skal ein vidare følgje lov om helsepersonell, og lov om pasient- og brukarrettigheter. Samtidig skal ein bruke sunn fornuft og tenke etisk før ein handlar (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Formålet med lova er å fremme tillitsforholdet, fremme trygghet og ivareta den enkeltes respekt. Vidare er det formulert at pasientar har rett på informasjon som omhandlar dei og ta eigne avgjersler, dersom pasienten er over 18 år (pasient- og brukarrettighetsloven, 1999).

Dersom pasienten motset seg frivillig helsehjelp og det er sannsynleg at pasienten fyller vilkår for tvunge psykisk helsevern, skal dette vurderast. Det krev undersøking av to legar, der ein av desse tilhøyrer avdelinga pasienten skal leggest inn på (Psykisk helsevernloven, 1999). Ved uvisse, skal pasienten først leggest inn under tvungen observasjon. Dette går ut på at ein skal observere pasienten i inntil 10 dagar, og deretter avgjere om pasienten oppfyller krav for tvunget psykisk helsevern. Framleis skal pasienten sin brukarmedverknad ivaretakast. Av den grunn har alle pasientar, rett til å klage til kontrollkommisjonen eller fylkesmann (Psykisk helsevernloven, 1999).

Episodar med mani kan krevje skjerming (Helsedirektoratet, 2012). I følge psykisk helsevernlova (1999) går det fram at dersom skjerminga går over 24 timar er det viktig at ein får skjermingsvedtak frå lege. Eit slikt vedtak varer inntil to veker i gangen. Belastninga ved å bli skjerma skal vege opp mot pasient og medpasientar si ulempe dersom pasienten ikkje blir skjerma. På trass av skjerming har pasienten rett til å motta besøk og nytte telefon. Dersom ein treng spesielle vedtak i forhold til dette eller liknande problem, må dette takast opp med lege og vurderast. Vedtaket skal juridisk fattast (Psykisk helsevernloven, 1999).

I følge Norges offentlege utreiingar blir det auka fokus på sjølvbestemming og rettssikkerhet (NOU 2011:9, 2011). Her tar dei for seg balansegangen mellom sjølvbestemming og omsorgsansvaret innanfor psykisk helsevern. Det kjem fram at retten til sjølvbestemming blir sett til side i for stor grad. Psykisk helsevernlova gjev moglegheit til å tvangsinnlegge menneske med alvorlege psykiske lidingar, samt halde dei att og behandle mot eiga vilje. Det kan opplevast invaderande og krenkande. Når ein må nytte tvang, må det skje basert på kunnskap og med verdighet og respekt for pasienten (NOU 2011:9, 2011).

3.3.2 Pasientens autonomi

Kvart enkelt menneske har ein rett til å sjølv bestemme (autonomi). I enkelte høve er det vanskeleg å nytte seg av denne retten på grunn av intellektuelle, psykiske eller fysiske hinder. Dette betyr likevel at dei skal få sin integritet respektert (Hummelvoll, 2012). Manien i seg sjølv gjev symptom som at pasienten får urimelege tankar om eigne evner eller betyding, samt legg seg opp i andre sine problem og gir råd (Aarre et al., 2009). Andre pasientar kan igjen utlevere seg for mykje, utan å avgrense kven som tek i mot informasjonen. Som hjelpar er det viktig at ein held teieplikta i forhold til den informasjonen pasienten gir, samtidig som ein avgrensar kven pasienten utleverar seg for (Helsepersonelloven, 1999).

Før ein handlar skal ein ta omsyn til enkelte grunnleggande prinsipp. Der i blant autonomi som tidlegare nemt. Vidare prinsipp om velgjerenhet, rettferdighet, fortelle sanninga og ikkje skade (Hummelvoll, 2012). Å handle ut frå det pasienten føler seg plikta til, utan å tenke på dei positive eller negative konsekvensane som kan førekomme blir kalla pliktetik. Døme på dette er å alltid snakke sant eller alltid hjelpe nokon i naud. Ein anna måte er å handle ut i frå kva konsekvens handlinga vil få, kalla konsekvensetik (Hummelvoll, 2012).

I Vatne (2006) sitt eksempel om omsorgsrolla prøvar ein å nytte fornuft for å motivere pasienten til å ta riktige val på vegen. Dette kan knyttast opp i mot paternalisme. Paternalisme går ut på at helsearbeidaren avgjer kva som er det beste for pasienten, og handlar ut i frå dette (Hummelvoll, 2012).

4.0 Drøfting

I arbeid med pasientar i manisk fase, har eg erfart at avgrensing er viktig og sentralt for å oppnå betring. Solfrid Vatne (2006) skriv at grensesetjing er den største hindringa for eit konstruktivt samarbeid mellom pasient og hjelpar. Difor vil måten ein møter pasienten på, spele ei stor rolle for vidare arbeid. Kommunikasjon og haldningar er dermed vesentlege begrep innanfor psykisk helsevern (Vatne, 2006). I dette kapittelet ønskjer eg å drøfte korleis sjukepleiar kan skjerme pasient i manisk fase og hindre eksponering på sosiale media. Eg vil vise til relevant fagkunnskap og dra inn eigne erfaringar.

I følgje nasjonale retningslinjer viser klinisk erfaring at skjerming er eit effektivt tiltak hos pasientar som er prega av uro og uberekneleg åtferd (Helsedirektoratet, 2012). Likevel må ein sjå heile mennesket, noko som tilseier at kvar enkelt treng individuell behandling.

Som sjukepleiar arbeider ein for å betre pasientens situasjon. Alle sjukepleiarar er underlagt dei same lovene og retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2011). Difor vil denne oppgåva vere sentral i arbeid med pasientar som har ei bipolar lidning og er i ein manisk fase.

4.1 Sjukepleiar i møte med den maniske pasienten, haldning og kommunikasjon

Som nemnt over skriv Vatne (2006) at grenser kan komme i vegen for samarbeid mellom pasient og pleiar. Dette fortel kor viktig det første møtet med pasienten er. Litteraturen eg har nytta, samt erfaringane eg har gjort meg i praksis fortel meg at møtet med pasienten skapar eit grunnlag for vidare samarbeid. Hummelvoll (2012) støttar opp om dette då han skriv om viktighet med å møte den enkelte med openheit, likeverd og empati. Kva ynskjer pasienten, og kva meiner sjukepleiar? Det er viktig å få pasienten til å forstå at tiltaka ein iverkset er til pasientens eiga beste. «Når vi skjønner, tenker vi og språket får utfolde seg med undring, spørsmål og innfall» (Martinsen, 2012).

Ei anna erfaring eg gjorde meg var ved eit høve der nokon sendte pasient rett på rom utan noko meir forklaring til pasienten. Som Jensen & Ulleberg (2011) skriv er det er heilt normalt å tolke ein kvar situasjon. I etterkant av episoden, hadde eg ei samtale med denne pasienten. Ho kunne fortelje at ho opplevde å bli overkøyrte og følte seg lite verdt. Dette gjorde henne sint, irritert og lite villig til å samarbeide. Ho fortalde også at denne samtala oss imellom var noko ho sat pris på, og at ho følte at eg brydde meg. Å møtast i gjensidig sårbarhet vil føre til raskare framgang (Martinsen, 2012). Dette fekk eg påpeika då ho fortalde at samtala vår hadde vore nok for å stoppe henne i å dele noko på facebook. Då ho blei sendt på rommet, fekk ho ei trong for å ytre kjenslene rundt dette. Med mobilen tilgjengelig, var facebook lett å ty til. Ho visste nemleg at det var ein sikker plass å få medkjensle frå.

I psykisk helsearbeid er ein grunnleggande forutsetnad at pasienten er trygg på at vi ynskjer han vel. Det er noko vi kan prøve å oppnå ved å vise omsorg og bruke evna til innleving for å møte pasienten der han er (Hummelvoll, 2012). Ein må lytte til pasientane, anerkjenne forklaringar, erfaringar og tru på deira veg til endring. Det var her ein opptrådte feil i avsnittet over. Vidare må ein be om tilbakemelding på forholdet. Dette vil føre til at pasientane føler seg inkluderte, kjenner at ein samarbeidar og det blir mogleg å endre måten ein arbeider på dersom det er ønskelig (Jensen & Ulleberg, 2011). Pasienten må forstå at ein kan kjenne seg inkludert og tilhøyrande på andre måtar enn berre gjennom sosiale media. Det vil vere vår jobb å rettleie pasienten til å forstå dette.

Funna i studien om kvifor ein nyttar facebook, har som resultat at personar nyttar facebook av behov for å kjenne tilhøyrse og behov for å sjølv avgjere korleis dei skal bli framstilte (Nadkarni & Hofman, 2011). Ein bør difor kartlegge pasienten sin situasjon. Kanskje pasienten har behov for å samtale, få bekrefting på at ho er verdt noko, at nokon bryr seg og dermed få kjensle av tilhøyrighet. «Jo lavere sosialgruppe desto meir er man utsatt for nedsatt psykisk helse» (Hummelvoll, 2012, s. 593). Dersom ein ikkje får nok eller tilfredsstillande merksemd, kan det vere lett å ty til sosiale media, der ein lettare kan

kontrollere og styre tilbakemeldingane. Korleis ein blir framstilt, er opp til kvar enkelt. Det ein ikkje er nøgd med, kan slettast. Det er viktig å finne menneske på deira nivå, og sjå heile mennesket (Hummelvoll, 2012).

I den triadiske modellen legg profesjonsutøveren og brukaren sine idear på bordet. Ein kommuniserar om innhald og forhold. Saman kan dei diskutere dette, som vil føre til refleksjon (Jensen & Ulleberg, 2011). Gjennom refleksjon og felles aksjon gir ein kvarandre sine synspunkt, og kan oppnå betre innsikt i eigen livssituasjon. Dermed kan ein tileigne seg nye måtar å påverke situasjonen på. Myndiggjering, også kalla empowerment, er eit viktig omgrep ein må tenke over i eit psykisk helsearbeid (Hummelvoll, 2012). Korleis er maktfordelinga? Tradisjonelt har det vore slik at sjukepleiaren har vore den som har makta over pasienten. Det er viktig å opptre med respekt ovanfor kvarandre, og anerkjenne kvarandres kjensler (Bredland, Linge & Vik, 2011). I praksis såg eg betydelig skilnad der sjukepleiarane kommuniserte samanlikna med dei som blei sende rett på rom. Men eg såg også at nokre responderte negativt dersom ein sette seg ned og førte ei lang samtale.

Som tidligare nemnt viser forskning at menneske nyttar facebook av behov for å sjølv avgjere korleis ein blir framstilte (Nadkarni & Hofmann, 2011). I følgje Hummelvoll (2012) vil ei av hovudoppgåvene innanfor miljøarbeid vere å hjelpe pasienten til å tenke konsekvensar før ein handlar. Som sjukepleiar kan ein nytte oppdragerrolla, og fortelje konsekvensane av eksponering (Vatne, 2006). Ein kan forklare korleis utanforståande kan oppfatte det som blir lagt ut på sosiale media. Så kan ein spørje pasienten om det er slik ho ynskjer det, og om det var dette ho meinte med statusen eller bilete ho delte. Det kan sette i sving tankar og føre til refleksjon.

4.2 Skjerming av pasient i manisk fase

Pasientar med mani har ofte ikkje god nok sjølvinnsikt, og forstår ikkje at handlingane dei føretar seg kan få store konsekvensar (Aarre et al., 2009). Skjerming er eit tiltak for å dempe atferdsforstyrningar og kan vere naudsynt i ein akutfase (Krogh, 2005; helsedirektoratet, 2012). Men *korleis* skjerme.

I dagens samfunn føregår mykje av kommuniseringa via sosiale media (Aalen, 2013). Ein får opp varslar på mobilen støtt og stadig. Dette kan vere ein kommentar, ei samtale eller nokon som likte biletet ditt. Sjølv om ein sit i ei samtale med nokon andre, må ein sjekke kva denne varslinga var. Dette vil vere forstyrrende og føre merksemda vekk frå samtala. Som Jensen & Ulleberg (2011) påpeika, vil dette bli tolka av den andre personen. Denne grunnen er i seg sjølv god nok til å få vedtak om skjerming frå mobil. I staden for å høyre på hjelparen, vil pasienten kunne finne nokon å chatte med, som er einige i at det hjelparen seier er tull.

Første bod er å prøve å nytte omsorg som hjelpemiddel (Vatne, 2006). Dersom det fungerer vil det sjølvsgt vere det beste. Dette i og med at pasientane får vere med å bestemme, samtidig som ein som sjukepleiar slepp å bruke tvang, noko som gjev dårleg samvit. Gjennom omsorg set ein pasient i fokus. Ein nyttar dialog og samarbeid så langt det let seg gjere (Helsedirektoratet, 2012). Dette vil styrke relasjonen mellom pasient og pleiar, samt at pasienten vil føle seg inkludert og verdifull. Dessverre er mine erfaringar at nokre pasientar i manisk fase ofte ikkje forstår og ikkje ser kva som er fornuftig. Konsekvensar av dette kan vere meir utlevering og eksponering av eigne synspunkt, som igjen vil verke øydeleggande for seg sjølv. Ei erfaring eg gjorde meg i praksis var ein pasient som stadig fekk nye sjansar. Dette resulterte i at pasienten ved å chatte med kjente og ukjente, skyvde familie og venner vekk. Samtalene var om pasienten sine «storhetsidéar». Personar som mottok denne informasjonen, stilte sjølvsgt spørsmål ved dette og konsekvensen var at det blei eit samtaleemne på bygda.

Ved å innta «oppdragerrolla» går ein litt vidare, og kan nytte skjult tvang (Vatne, 2006). I denne rolla prøver ein framleis å samarbeide med pasienten ved å bruke fornuft og motivering. Ved å forklare pasienten langtidsutsikta med det pasienten føretar seg, får dei tenke seg om. Vatne (2006) skriv at ein kan gi dei ulike val, der vala vil ha same resultat. Til dømes: å slette det som er skriva no, eller etter frukost. Når pasientar handlar riktig, må dei få beskjed om dette (Krogh, 2005). I nokre tilfelle kan det vere nødvendig med belønning når ein held avtaler og handlar riktig (Vatne, 2006).

Siste verkemiddel er tvang. I følgje Vatne(2006) må sjukepleiaren vere pasientens voktar. Dette er noko som må iverksettast dersom pasienten eksponerer seg så mykje at det vil verte øydeleggjande for henne. Fornuft og samarbeid må vere prøvd (Vatne, 2006). Ved å fråråde pasientane til å bruke telefon og det å skulle gå for seg sjølv, kan raskt mistolkast i pasienten sine auge. Dei føler seg overkøyrde og lite verdt. Erfaringsvis kan det då vere hardt å halde fram å bruke tvang. Som sjukepleiarar må vi tenke på pasientens beste, samt sjå framover i tid og på kva konsekvensar det kan få om ein let vere (Hummelvoll, 2012). Det er likevel ikkje så lett å nekte nokon å ta ein telefon, då ein veit med seg sjølv kor godt det er å kunne vere tilgjengelig og kunne få tak i sine eigne når ein treng det.

I følgje Helsedirektoratet (2012) er det klinisk erfart at skjerming fungerer i akuttfasen. «Metoden innebærer å regulere betingelsene rundt pasienten for å dempe angst, skape realitetskontakt og dempe atferdsforstyrrelser som disorganisert atferd, motorisk uro og dårleg impuls kontroll» (Krogh, 2005, s. 252). Likevel er det ikkje nok forska på til at ein kan trekke klare konklusjonar.

Ved å bli innlagt på ein klinikk blir den maniske pasienten delvis skjerma frå omverda. Pasienten treng samleis å bli avgrensa i kva ho delar over sosiale media. Som stortingsmelding nr 43 påpeikar er det uvisst kor mykje ein får sletta (St. meld. nr. 43 (2003-2004), 2003). Det pasienten legg ut kan påverke pasienten i negativ retning, som til dømes ved jobbsøk.

Artikkelen av Wilson, Fornasier & White (2010) viser at sosiale media er avhengighetsskapande. Funn i studie frå 2011 fortel at pasientar med bipolar lidning nyttar meir tid på facebook (Rosen et al., 2013). Dersom ein har mange idear ønskjer ein også tilbakemelding på desse ideane. Kvifor ikkje då ta det over facebook? Her er ein trass alt sikra tilbakemelding. Dette medfører konsekvensar i form av at facebook-venner snakkar om dette til andre. Historia vil etter kvart kunne avvike frå det som er fakta.

God dokumentasjon er viktig. Eg erfarte fleire episodar der skjermingsvedtaket fungerte, og at dette klart kom fram gjennom god dokumentasjon. Det innehalde kva som var prøvd og korleis pasienten responderte. Pasienten fekk sjå dokumenteringa, og takka i ettertid for at vi hadde handla slik som vi gjorde. Ho bad oss også om å vise henne dette, dersom ho fekk tilbakefall.

4.2.1 Utfordringar/konsekvensar ifht relevante lover og reglar rundt skjerming

Som sjukepleiar i akuttpost skal ein blant anna opptre i forhold til kunnskapsbasert psykisk helsearbeid, lov om helsepersonell, pasient- og brukarrettigheter og personvern. I tillegg skal ein følgje dei yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2011). Min tanke var at dette ikkje ville vere noko problem, i og med at lover og reglar skal vere til det beste for den enkelte. Likevel vil det vere enkelte områder der lover og retningslinjer stridar i og mot kvarandre. Til dømes når ein pasient har rett til å bestemme sjølv og vere med å ta avgjersler, men er så påverka av si lidning at ho ikkje lenger klarer dette på ein tilfredsstillande måte. At ein gjennomsnittleg ser på mobilen kvart 6. minutt, og at pasientar med bipolar lidning nyttar facebook meir enn andre, fortel kor viktig det kan vere med eit skjermingsvedtak (Rosen et al., 2013). I praksis var det fleire som kom inn på grunn av eksponeringa si, og at ein i heimen ikkje klarte å stoppe dette. Som sjukepleiar har ein ei plikt til å hjelpe når pasienten har behov for det (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I følge Hummelvoll (2012) har sjukepleiaren ei hjelpar-rolle. I min praksis fekk eg erfare at ikkje alle pasientar forstod dette. Sjukepleiarar har ulike haldepunkt og sin eigen veg til løysing. Det er svært viktig med klare reglar og struktur i arbeid med maniske pasientar (Vatne, 2006). At ikkje alle sjukepleiarane gjer det likt kan medføre problem både mellom dei tilsette, men også mellom pasient og tilsette. Pasientane vil då skilje mellom «snille» og «slemme» hjelparar, og sette desse opp mot kvarandre. Ulik opptreden, samt reglar frå sjukepleiarane vil vere urettferdig og forvirrande.

Mi erfaring er at ein i dagens samfunn nyttar mobilen anten ein er heime, er med venner eller er på jobb. Det bør vere sjølvsgatt at sjukepleiarar ikkje nyttar mobil i arbeidstida. Spesielt gjeld dette i arbeid med maniske pasientar.

4.2.2 Autonomi

NOU (2011:9, 2011) skriv om at retten til å sjølv bestemme ofte blir sett til side, og at det skal bli auka fokus på pasienten. Dette er bra i form av at pasienten skal vere med å ta del i behandlinga som omhandlar henne. Men eg meiner at dersom pasienten ikkje ser sitt eige beste, må sjukepleiaren handle for henne i akuttsituasjonen. Det vil då oppstå bruk av paternalisme. Sjukepleiaren handlar på pasientens vegne, ut i frå hennar beste (Hummelvoll, 2012). Det kan lett oppstå usemje. Her må ein nytte etikk, skjønn, moral og fornuft.

«Dersom den enkeltes autonomi blir brukt til å skade andre, vil denne friheten ha en langt mindre rett til beskyttelse. I slike tilfeller må hensynet til individet avveies mot hensynet til andre» (NOU 2011:9, 2011).

Pasienten har rett til å sjølv bestemme (pasient- og brukerrettighetslova, 1999). Men når ein veit, og forskning støtter opp under om at for mykje bruk av sosiale media vil medføre

problem, vil det vere vår oppgåve å prøve å stoppe dette før det går for langt (Wilson et al., 2010).

Sosiale media er ein stad der ein er sikra tilbakemelding (Wilson et al., 2010). Av den grunn kan det vere lurt å samtale med pasienten om konsekvensar ved eksponering. I staden for å overkøyre pasienten, kan ein gi henne val (Vatne, 2006). Eit spørsmål ein kan stille pasienten, er om ho føler ho oppnår kontroll ved å bestemme kva ho legg ut og korleis ho framstår på sosiale media. Ein må fortelje at pasienten sjølv bestemmer kva ho legg ut, samtidig som ein prøvar å få henne til å reflektere over det før ho delar noko. På denne måten kan pasienten føle at ho har moglegheit til å medverke i vala rundt henne og truleg få ei betre forståing. Samtale vil dessutan styrke relasjonen mellom pasient og pleiar (Jensen & Ulleberg, 2011).

5.0 Styrke og veikskap

Styrken min i denne oppgåva er at det er eit dagsaktuelt tema, og som ung facebook-brukar veit eg sjølv kor raskt det er å dele noko på nettstaden. Det styrker oppgåva mi at eg kan dra inn egne erfaringar, både frå praksis og at eg ser problem i den auka internett-bruken. Eg ser også på det som ein styrke at forskingsartiklane er frå 2010 til 2013. I utgangspunktet hadde eg eit håp om å finne artiklar som innehalde forskning om skjerming frå sosiale media. Dette klarte eg ikkje, og ser på som ein veikskap. Av den grunn har det blitt noko meir generelt enn eg i utgangspunktet planla. På trass av dette føler eg at Vatne (2006) si forskning, saman med artiklane eg fann har bygd opp under at skjerming i enkelte høve er det som er nødvendig og godt tiltak. Dermed blir både retningslinjene og erfaringane mine støtta opp.

Eg hadde håpa på nyare fagstoff rundt temaet. Nokre av hovudbøkene mine er frå 2005 og 2006. Likevel meiner eg at dei har vore til god hjelp for presentasjonen av fagleg nyansering i møte med pasient i manisk fase. Eg kunne inkludert pårørande, som er ein stor ressurs for

dei aller fleste og individuell plan som eit nyttig verktøy. På grunn av oppgåvas omfang utelukka eg dette, som kan vere ein veikskap for oppgåva.

6.0 Konklusjon

Uavhengig av liding har alle menneske sosiale behov. Gjennom sosiale media, kan ein få dette behovet delvis dekt. Tal frå 2010 viste at 1 milliard menneske var medlem av facebook (Kross et al., 2013). I dag er vi i 2014, og tala har truleg auka sidan. Av den grunn vil konsekvensane til pasienten variere, alt etter kva som blir delt.

Pasient i manisk fase kan opptre ukritisk, og treng difor begrensing. Korleis ein møter pasienten, spelar ei vesentleg rolle for korleis pasienten møter deg. Det viktigaste er at pasienten blir sett, høyrd og føler seg ivareteken på ein god måte. Ved overeksponering via sosiale media må ein gripe inn, før skada blir for stor. I nokre høve vil det vere nødvendig og bra med eit skjermingsvedtak i ein periode.

Litteraturliste

Aalen, I. (2013). *En kort bok om sosiale medier*. Bergen: Fagbokforlaget.

Aarre, T. F., Bugge, P. & Juklestad, S. I. (2009). *Psykatri: for helsefag* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Brandtzæg, P. B., Gillund, L., Krokan, A., Kvalnes, Ø., Meling, A. T. & Aas, J. W. (2011). *Sosiale medier i all offentlighet: Lytte, dele, delta* (1. utg.). Otta: Kommuneforlaget.

Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeidet* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonale retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar*. Henta frå <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar/Publikasjoner/IS-1925.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven)*. Henta frå <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, P. & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Krogh, Gunn. V. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie: Sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Kross, E., Verduyn, P., Demirapl, E., Park, J., Lee, D. S., Lin, N., Shablack, H., Jonides, J. & Ybarra, O. (2013). Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults. *Plos one*, 8(8), 1-6. doi:10.1371/journal.pone.0069841.

Kunnskapsbasert praksis. (2012a). *Kildevalg*. Henta frå <http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/kildevalg/>

Martinsen, K. (2012). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Nadkarni, A. & Hofmann, S. G. (2011). Why do people use facebook? *Personality and Individual Differences*, 52(2012), 243-249. doi:10.1016/j.paid.2011.11.007

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverhold, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* Oslo: Akribe.

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

NOU 2011: 9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9/2.html?id=647627>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)*. Henta frå <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. Henta frå <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Rosen, L. D., Whaling, K., Rab, S., Carrier, L. M. & Cheever, N.A. (2013). Is Facebook creating «iDisorders»? The link between clinical symptoms of psychiatric disorders and technology use, attitudes and anxiety. *Computers in Human Behavior*, 29(2013) 1243-1254. doi:10.1016/j.chb.2012.11.012

St.meld. nr. 43 (2003-2004). (2003). *Datatilsynets og Personvernemndas årsmeldingar for 2003*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wilson, K., Fornasier, S. & White, K. M. (2010). Psychological predictors of young adults' use of social networking sites. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(2), 173-177. doi:10.1089/cyber.2009.0094

Vedlegg

Vedlegg 1 Søkeshistorikk

Databasar: Cinahl, Cinahl with fulltext, Medline og Academic search premier. Avgrensa frå 2004-2014. Eg las overskrifter + abstract på ein del av treffa og valde ut :		
Søkeord	Treff	Las desse: (Utheva titlar er dei eg nytta)
Seclusion	2182	
Social network	47 192	
Social media	20 647	
Social grooming	5	
Facebook	14 466	
Self-esteem	24 973	
Bipolar disorder		
Behavior	1 438 132	
Facebook use	955	
Facebook use + young adults	23	<ul style="list-style-type: none"> - Faceook use predicts declines in subjective well beeing in young adults - Psychological predictors of young adults use of social networking sites. - Is facebook creating «idisorders»? The link between clinical symptoms of psychiatric disorders and technology use, attitudes and anxiety.
Facebook use + self esteem	22	<ul style="list-style-type: none"> - <i>A mixed method approach to examine facebook use and it's relationship to self-esteem</i> - Why do people use facebook
Social media + seclusion	1	
Social media + Bipolar disorder	8	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Bipolar disorder affects behavior and social skills on the internet</i>