



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Støtte til pasient i manisk fase

Maria Tveiterås Dybedokken

Bachelorutdanning i sjukepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for
helse- og omsorgsvitenskap/Sjukepleie Førde

Rettleiar: Inger Oline Bruland

Innleveringsdato: 30.11.2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Samandrag

Tittel

Støtte til pasient i manisk fase

Bakgrunn for val av tema

Livstidsførekomen på bipolar type I er på ca 1% av befolkninga og lidinga medfører store konsekvenser både for pasienten og for samfunnet. Maniske pasientar krev ofte innlegging, og dette ofte mot sin vilje. Den oppstemte fasen kan vera prega av irritabilitet, aggresjon og nedsett kritisk sans, som kan vera svært utfordrande for behandlingsapparatet. I min psykiatripraksis fekk eg stor interesse for denne pasientgruppa og fekk sjå kor vanskeleg det kan vera å støtte pasient i manisk fase. Grunna egne opplevingar og erfaringar i møte med maniske pasientar, tykkjer eg dette temaet er viktig å belyse.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar støtte ein pasient som er i ei manisk fase?

Metode

I denne oppgåva er det blitt brukt litteraturstudie som metode. Oppgåva byggjer på fem forskingsartiklar, pensumlitteratur og anna relevant faglitteratur. Eigne erfaringar er også blitt tatt med i oppgåva. Artiklane er bygd opp etter IMRaD-strukturen.

Oppsummering av funn og konklusjon

Det kjem fram i oppgåva korleis sjukepleiar kan støtte ein pasient i ei manisk fase. Blant anna ved å danna ein god relasjon og samarbeid, tilstrebe å dekkja pasientens grunnleggjande behov, anerkjenna pasienten, ta utgangspunkt i pasientens egne ressursar og vise respekt og medkjensle. Grensesetjing og skjerming blir ofte nytta ved mani, både for å skapa struktur, kontroll og sikkerheit for pasienten og avdelinga. Skjermingssituasjonar medfører eit spenningsforhold mellom kontroll og vekst, kor sjukepleiarane har eit stort behov for etisk refleksjon. Å få støtte frå medarbeidarar er viktig for å kunne gje støtte til pasienten.

Nøkkelord

Mani, sjukepleie, grensesetjing, skjerming

Innholdsliste

1. Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling med avgrensing og oppbygging av oppgåva	2
2. Metode	2
2.1 Val av metode.....	2
2.2 Søke- og utvalsprosessen	3
2.3 Søkeprosess etter anna litteratur.....	3
2.4 Kjeldekritikk.....	3
3. Teoridel.....	4
3.1 Mani og tvangsbehandling	4
3.2 Kommunikasjon og etablering av allianse.....	5
3.3 Grensesetjing.....	6
3.4 Skjerming.....	7
3.5 Kari Martinsens omsorgsteori	7
4. Forskingsartiklar	8
4.1 Artikkel 1.....	8
4.2 Artikkel 2.....	8
4.3 Artikkel 3.....	9
4.4 Artikkel 4.....	9
4.5 Artikkel 5.....	10
5. Drøfting.....	10
5.1 Relasjonell omsorg: Etablera ein allianse	10
5.2 Praktisk omsorg: Utøving av grensesetjing	12
5.3 Moralsk omsorg: Støtte og avlaste den maniske frå ytre stimuli.....	15

6. Konklusjon	16
---------------------	----

Litteraturliste.....	17
----------------------	----

Vedlegg:

Vedlegg 1: Søkehistorikk

1. Innleiing

I eit samfunnsperspektiv viser studie at livstidsførekomsten på bipolar type I er på ca. 1% av befolkninga, medan bipolar type II er noko vanlegare og ein rekna med at førekomsten er på ca. 2% (Helsedirektoratet, 2012, s. 11). Bipolare lidningar er dei stemningslidingane kor det i nokon fasar eksistera senka stemningsleie og i andre fasar heva, det ein kallar for mani eller hypomani (Skåderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 340). Pasientar i manisk fase krev oftast innlegging på lukka psykiatrisk avdeling, og dette ofte mot sin eigen vilje (Daggenvoorde, Geerling & Goossens, 2015, s. 186; Hummelvoll, 2012, s. 233). I 2015 vart det rapportert inn 7788 tvangsinnleggingar til Norsk pasientregister (Tvangsforsk, 2017). Studie viser at pasientgruppa både føre til store personlege kostnader, samt økonomiske konsekvensar for samfunnet (Helsedirektoratet, 2012, s. 11). Klinisk erfaring tilseier at skjerming og tett oppfølging er svært effektive tiltak ved akutt mani og andre tilstandar prega av uro og uberekneleg åtferd (s. 65). Historisk ser ein på skjerming som ein stimulusavgrensande og grensesetjande metode og studie viser at 20-35% av pasientane i psykiatriske akuttavdelingar blir skjerma (Norvoll, Ruud & Hynnekleiv, 2015, s. 35).

I eit sjukepleieperspektiv er det viktig å ha kunnskap om mani og kva dette inneberer, for å kunne støtte den maniske pasienten. Behandling av bipolar lidningar kan vera svært utfordrande. Det svingande forløype set både pasient og sjukepleiar på prøve. Irritabilitet, aggresjon og nedsett kritisk sans i oppstemte periodar kan lage store problem. Ein god terapeutisk allianse er føresetnaden for at andre tiltak kan bli gjennomført (Aarre, 2018, s. 155). Ved mani må ein som sjukepleiar behalda roen og vera realitetsorienterande ved å etablere klare grenser for aktivitet og samtaletema (ss. 159-160). Informasjon og rettleiing av pasient i manisk fase kan vera vanskeleg, fordi dei lett blir distraherete (Hummelvoll, 2012, s. 235). Pasientar med mani uttrykkjer lidinga som eit livsbrus, kor dei føler seg raskare og kvikkare samt at kroppen kjennast levande og i rørsle. I tillegg føler dei ein fridom i livet kor livsbruset viser til glede av å vera i livet (Karlsson, 2005, s. 7).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Eg var i praksis på ein akuttpsykiatrisk lukka avdeling kor eg fekk stor interesse for pasientar med bipolar lidning. Ofte vart disse pasientane tvangsinnlagt, som kunne medføre til mykje aggresjon og utagering. I denne samanheng erfarte eg at grensesetjing og skjerming var essensielt for å roe og få kontroll over situasjonen. Eg opplevde at det var viktig å ha kunnskap om mani som fenomen og lidning for å kunne støtte og oppnå samhandling med den maniske. Med dette som utgangspunkt har eit stort ønske om å tileigne meg meir kunnskap om korleis ein kan utøve god sjukepleie til pasientar i ein manisk fase, spesielt i forhold til grensesetjing og relasjonsbygging.

1.2 Problemstilling med avgrensing og oppbygging av oppgåva

Min problemstilling for bacheloroppgåva er: «Korleis kan sjukepleiar støtte ein pasient som er i ei manisk fase?».

Det eg meiner med støtte er korleis ein kan styrkje, anerkjenna, ta seg av og kontrollera pasienten når mani tar over sjølvkontrollen (Støtte, 2018). Manisk-fase vil seie perioden kor stemningsleie til pasienten er heva langt utover det som harmonerer med forholda, og i ein grad som gjer at funksjonsevna er nedsett (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). I denne oppgåva har eg valt å fokusera på den maniske perioden ved bipolar lidning type I. Oppgåva blir avgrensa til å gjelda personar over 18 år, som er tvangsinnlagt på akuttpsykiatrisk avdeling. Eg vil fokusera på kor viktig relasjonen og det første møtet mellom sjukepleiar og pasient er, for å lykkast med grensesetjing og samarbeid. Vidare vil eg belyse grensesetjing og skjerming og korleis tvang blir knytt til dette.

Oppgåva består av seks kapittel, kor kapittel ein tar føre seg bakgrunn for val av tema og presentasjon av problemstillinga. I kapittel to blir metode for oppgåva presentert, samt søke- og utvalsprosessen for litteratur. Den teoretiske referanseramma for problemstillinga og presentasjon av forskning blir presentert i kapittel tre og fire. Oppgåva vert avslutta med drøfting av teori og forskingsresultat, for så å oppsummera oppgåva med ein konklusjon.

2. Metode

Metode er eit reiskap som fortel oss korleis ein bør gå fram for å framkalla eller etterprøva kunnskap. Den hjelper oss til å samle inn data, det vil seie den informasjonen vi trenger til undersøkinga vår (Dalland, 2017, s. 51). «Ein metode er ein framgangsmåte, eit middel til å løyse problem og kome fram til ny kunnskap» (Aubert, 1985, s. 196).

2.1 Val av metode

I denne studien har eg nytta litteraturstudie som metode. Ein litteraturstudie er ein studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Å systematisera inneberer å samla inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt å samanfatta det heile (Thidemann, 2015, s. 79). Ein god systematisk oversikt gjev lesaren ein oppdatert og god forståing av kunnskapen knytt til problemstillinga, samt viser kva kvalitet forskinga har og korleis ein har komen fram til denne kunnskapen (s. 80). Eg har systematisk gått igjennom pensumlitteratur og relevant faglitteratur for å skaffa meg ein god og brei oversikt over temaet eg skal skrive om. Med dette som grunnlag har eg trekt ut relevant informasjon som belyse problemstillinga mi på ein god måte.

2.2 Søke- og utvalsprosessen

I søkeprosessen etter forskning har eg nytta ulike databasar og søkemotorar, som Svemed+, Academic Search Elite (inkl. Cinahl og Medline), PubMed, Cochrane, PsycINFO, Norart og Oria. Databasane fant eg gjennom heimesida til høgskulen og har valt å bruke forskingsartiklar frå nokre av dei. Søket vart avgrensa til tidsperioden 2013 til 2018, engelskspråklege artiklar og aldersgruppa vaksne 19-44 år. For å få ein god struktur i søkeprosessen brukte eg PICO-skjema, som gav meg oversikt over kva ord eg burde nytte i søket mitt. Sidan engelsk er eit internasjonalt språk og forskning ofte blir skriven på engelsk, ville eg finne gode MeSH ord på engelsk. Eg nytta databasen SveMed+ og folkehelseinstituttet sin emneordliste for å finne disse orda. Her fant eg både engelsk- og synonymord.

Då eg var ferdig med å samle og finne søkeord, gjennomførte eg ulike systematiske søk i databasane som eg har nemnt overfor. Mine hovudsøkeord på engelsk i denne oppgåva er «bipolar disorder», «acute mania», «nursing care», «nursing», «mental health nursing», «hospitalized patient», «limit setting», «seclusion» og «coercion». Norske søkeord eg har nytta er «mani» og «skjerming». Full oversikt over søkehistorikken finn ein i vedlegg 1. Eg har gjennomført enkeltsøk på alle innsamla søkeord, samt kombinasjonssøk ved å bruke AND mellom enkeltsøka. For å finne relevante artiklar leste eg først tittelen og luka ut dei som ikkje var relevante for mi problemstilling. Etter dette las eg samandraget til artiklane, for å vurdere relevansen. Ved god relevans las eg heile artikkelen.

2.3 Søkeprosess etter anna litteratur

For å finne anna litteratur som eg kunne nytte i oppgåva mi, starta eg med å gå gjennom pensumlista til sjukepleiestudiet og jobba meg gjennom alle semestera. Hovudfokuset mitt låg i emnet som vi hadde om psykisk helsevern. Her fant eg gode litteraturbøker som eg kunne nytte, blant anna *Helt- Ikke Stykkevis og delt* av Hummelvoll (2012) som er den mest sentrale boka i oppgåva. Eg har både nytta primær- og sekundærkjelde. I tillegg fekk eg tips frå lærer og bibliotekar om litteraturbøke som eg kunne bruke i oppgåva mi. Utanom dette søkte eg også i Oria etter litteratur som kunne vera relevant for oppgåva mi.

2.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som ein har funnet. Når ein skal utføre kjeldekritikk må ein kunne gjere greie for kjeldene ein har brukt, samstundes kunne gjere greie for at disse kjeldene er tilstrekkeleg til å kunne svare på problemstillinga, både når det gjeld relevans og påliteleg (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158).

I denne oppgåva har eg nytta IMRaD-prinsippet for å kvalitetssikra forskingsartiklane. IMRaD er ei forkorting på introduksjon, metode, resultat og diskusjon (s. 163). For å sjekke om artiklane mine var truverdige ville eg finne ut om dei var fagfelleverdert. Eg søkte artiklane opp i Oria og resultatet viste at alle var fagfelleverdert. For å vurdere artiklane sin haldbarheit har eg nytta artiklar frå 2013 og nyare. Eg har i hovudsak valt å nytte meg av kvalitativ forskning, som tar sikte på å fanga opp meining og oppleving som ikkje lar seg talfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). Dei kvalitative studiane var dermed naudsynt for å få ei forståing av sjukepleiarane sine erfaringar omkring emnet. Ein oversiktsartikkel på norsk er også blitt nytta for å belyse problemstillinga mi. I denne litteraturgjennomgangen er både kvalitative og kvantitative artiklar inkludert, som bidrog til å skape ei breidde i oppgåva. Einaste minuset med denne artikkelen er at den er basert på søk i nasjonale og internasjonale databasar frå perioden 1930-2013.

I tillegg til forskning har eg også nytta andre type kjelder. Ein del litteratur som blir nytta i oppgåva er eldre enn 10 år, som til dømes *Frå kaos mot samling, meistring og helhet* av Liv Strand (1990). Eg har valt og bruke eldre bøker grunna dei gjev nyttig informasjon, samstundes som dei er relevante for problemstillinga mi. Nokre av fagbøkene som blir nytta i oppgåva er tatt frå pensumlista til sjukepleiestudiet, som eg vurdere til å vera både truverdige (gyldige) og haldbare (ekte) kjelder.

Oppgåvas svakheiter er at det var vanskeleg å finne gode og relevante forskingsartiklar, som belyste problemstillinga mi. Det var lite forskning å finne på sjukepleie ved mani, samt det var vanskeleg å finne gode artiklar som belyste grensesetjing og skjerming som metode. Eg har for det meste brukt studiar frå Noreg, og valte å ekskludere artiklar frå ikkje vestlege land, då dei kulturelle forskjellane frå Noreg vart for store. I tillegg har eg nytta engelskspråklege forskingsartiklar. Det å tolke og forstå alt i artiklane er vanskeleg og det er lett og miste hovudpoenga i forskinga.

3. Teoridel

I dette kapittelet presentera eg eigenvalt litteratur i forhold til problemstillinga. Det blir presentert teori i form av pensumlitteratur, litteraturbøker, lover og forskning frå tidsskrifter.

3.1 Mani og tvangsbehandling

Bipolar lidning type I er stemningslidingar kor det er både maniske og depressive episodar (Skåderud et al., 2010, s. 341). Mani kan bli definert som ein overdriven lyst eller lidenskapeleg trong. Manien kan opplevast som ein rus, kor sjølvkritikken er nedsett og ein føler seg som verdsmeister. Det høge

aktivitetsnivået til pasienten påverkar også evna pasienten har til å ivareta grunnleggande behov som personleg hygiene, ernæring, søvn og kvile (Hummelvoll, 2012, s. 236).

Hovudregelen i psykisk helsevernlov er at helsehjelpa berre kan bli gitt med pasientens samtykke (Aarre, 2018, s. 29). Ved mani er det vanskeleg å få samtykke frå pasienten og ein må derfor handla på ein måte som pasienten ville ha samtykka til dersom han eller ho hadde full forståing (Hummelvoll, 2012, s. 239). Hovudkriteriet for tvungent psykisk helsevern er at pasienten har ein alvorleg sinnsliding, som inneberer psykosar eller andre tilstandar med nedsett evne til realistisk vurdering av situasjonen (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-3). Kvar enkelt innlegging på sjukehus eller institusjon fører til meir eller mindre sterk integritetskrenkande og oppgjeving av eigen autonomi, fordi personen mister i nesten alle tilfelle fleire faktorar som bidrar til å skapa føling av personleg identitet (Cullberg, 2007, ss. 113-114). Nokre av pasientane kan føle tryggleik, medan andre kan oppleve integritetskrenkande som kan føre til meir aggresjon og depressive reaksjonar (s. 114).

3.2 Kommunikasjon og etablering av allianse

Ein god allianse mellom pasient og sjukepleiar er heilt avgjerande for vellykka behandlingresultat ved mani. Grunnleggande for danninga av ein allianse med pasienten er at sjukepleiar ved mottagelsen møter han eller ho med respekt for pasientens integritet. Det første møtet bør vera prega av ein atmosfære av tillit, forforståing og open kommunikasjon. Å dekke grunnleggande behov som respekt, tilpassa ansvar og omsorg er føresetnad for alliansebygginga (Hummelvoll, 2012, s. 239).

Alliansebygginga forutset invitasjon og vilje til samarbeid. Samarbeid blir då forstått som å arbeide saman om eit felles prosjekt, nemleg å lindre lidinga og støtte personen til å komme til rette med sin situasjon. For å få dette til er det viktig at sjukepleiar har ein utforskande haldning til kva som lindrar lidinga og fremjar god funksjonsevne (s. 233). Maniske pasientar opplever ofte situasjonar som svært kaotiske. Her er det viktig at sjukepleiar viser seg som ein trygg, tydeleg og forutsigbar person, slik at pasienten kan føle tryggleik. Dette vil ha positiv innverknad på alliansen. Alliansen fremjast vidare ved å vise ekte interesse for pasientens liv, ved at opplegget individualiserast og tilpassast dei behov det er rimeleg at pasienten får dekkja under opphaldet (ss. 239-240). Sjukepleiar må også ha evne til empati; å kunne lytte og setje seg inn i ein annan sin situasjon og å forstå den andre sine følingar, tankar og reaksjonar (Eide & Eide, 2017, s. 157).

Kommunikasjon fremjast ved å lytta til kva personen formidlar verbalt og nonverbalt. Gjennom gjensvar og haldningar kan ein visa korleis følingar kan uttrykkjast og handterast (Hummelvoll, 2012, s. 235). Ord er det vi seier er verbal kommunikasjon, medan ansiktsuttrykk, kroppshaldning, rørsle, pust og stemmebruk er det ein kallar for nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 22). På grunn av at merksemda til pasientar i manisk fase lett distraherast, bør kommunikasjonen vera prega av korte og enkle setningar og med eit innhald som er her og nå orientert. Argumentasjonar bør unngåast, og ein bør bruke ei roleg og lågmælt stemme framfor ei høgrøysta og krevjande tone. Sjølvvørnaden er sårbar, og det er dermed viktig at personen ikkje møtast med dominans og utsegn som oppfattast som nedvurderande (Hummelvoll, 2012, s. 235).

3.3 Grensesetjing

Grensesetjing vil seie at sjukepleiaren markera eit ytterpunkt for akseptabel åtferd som ikkje må overskridast. Ved dette ytterpunktet har personalet ein kontrollerande og ein terapeutisk funksjon (Hummelvoll, 2012, s. 240). Grunnlaget for grensesetjing er knytt til fellesskapsverdiar og den enkelte pasient. Grensesetjingspraksisen ligg i spenningsfeltet mellom ytrestyrt kontroll og vekst, som er retta mot å stimulera indre styring hos pasienten. Ein vil gjennomsyre eit godt postmiljø ved å beskytte verdiar som tillit, fortrulegheit, respekt for andre og rettferdigheit, samt ivareta pasientens individuelle behov (s. 240). For den enkelte pasient er hensikta at ein skal hjelpe pasienten til å leva eit tilfredsstillande liv i eit sosialt fellesskap. Konkret sett har grensesetjing fire typar hensikter, som alle skal tena det overordna mål: sikkerheit, struktur, beskyttelse mot stigmatisering og blamering, samt læring (Strand, 1990, ss. 89-90).

Ein må nytte legitim autoritet ved grensesetjing, som byggjer på saksprinsipp og fagleg kompetanse. Dersom pasienten krev grunngjeving, kan ein argumentera for kvifor grensene har blitt sett. I tillegg er den dialogisk, etisk forsvarleg og menneskevennleg (Strand, 1990, s. 93). Forklaringa på grensesetjinga bør vera enkel og direkte utan å invitara til vidare diskusjon, samt at grensene bør bli sett på ein fast, klar og respektfull måte (Hummelvoll, 2012, s. 240-241; Strand, 1990, s. 95). Ein må samtidig ikkje setje for mange grenser og prøve å unngå for mykje mas og diskusjon (Strand, 1990, s. 95). Grensesetjing må skje utifrå fagleg skjøn, og at den ikkje blir nytta som mål i seg sjølv eller som automatiske, ureflekterte reaksjonar. For at metoden skal utførast innan ein humanistisk ramme, bør personalet ha kunnskap om mani, samt at grensesetjinga blir gjennomført med ein vennleg fastheit og empatisk forståing, for korleis metoden verka på pasienten sin sjølvvørnaden (Hummelvoll, 2012, s. 241).

3.4 Skjerming

Miljøterapi høyrer til dei nyttigaste tiltaka for bipolare lidingar (Aarre, 2018, s. 159). Skjerming er ein miljøterapeutisk teknikk, som sikter mot å avgrense stimuli for pasientar som blir urolege, aggressive eller engstelege av for mykje påverknad (s. 160). Metoden inneberer at eit personalmedlem oppheld seg saman med pasienten i eit oversiktleg og avgrensa miljø – og inneheld element av grensesetjing, struktur og stimulusavgrensing (Hummelvoll, 2012, s. 235). Denne metoden er heimla i psykisk helsevernloven (1999, §4-3) og er vidare regulert av forskrift om bruk av skjerming i institusjonar i det psykiske helsevernet (2006). Hensikta med skjerming er å hjelpa pasienten til indre samling, å beskytte/skåne andre pasientar og å gje personalet oversikt slik at dei kan fungera meir terapeutisk (Strand, 1990, s. 99). Skjerming er eit vesentleg inngrep i den enkelte sin personlege fridom, og pasienten skal dermed ha innverknad på korleis det blir gjennomført. Mange opplever skjerming som straff og tap av autonomi (Hummelvoll, 2012, s. 235).

3.5 Kari Martinsens omsorgsteori

Ifølgje Martinsen (2003) blir omsorgsomgrepet beskrive slik: «Omsorg har med korleis vi forholder oss til kvarandre, korleis vi viser omtanke for kvarandre i vårt praktiske daglegliv» (s. 69). Hennas omsorgsteori rettar seg til det sjuke mennesket og har dermed mindre fokus på det sjølvhjelpete mennesket (s. 69).

Omsorgsomgrepet består av tre dimensjonar: den relasjonelle sida, den praktiske sida og den moralske sida. Den relasjonelle sida tar utgangspunkt i eit kollektivt basert menneskesyn kor det grunnleggande er at vi er avhengige av kvarande (Martinsen, 2003, s. 14). Prinsippet om ansvaret for den svake er sentralt, som vil seie at ein er avhengige av kvarandre og kan koma i situasjonar kor ein har behov for hjelp av andre (s. 15). Dette krev situasjonsforståing og personleg engasjement for å knytte band mellom omsorgsgivar og omsorgsmottakar. Situasjonsforståing krev innsikt i menneskjers livssituasjon og deira moglegheit og avgrensing i situasjonen (s. 16). Den praktiske sida ved omsorg handlar om at ein aktivt må delta i den andre sin lidning, hjelpe den svake gjennom praktiske handlingar og ikkje stille seg utanfor. Ein utfører handlingar på grunnlag av at den andre trenger hjelp, utan at ein forventar noko tilbake. Omsorga bør gjennomførast på ein anerkjennande og ikkje umyndiggjerande måte (s. 16). Den moralske sida ved omsorg handlar om korleis ein er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet og moral må lærast gjennom erfaring og praksis. Omsorgsmoral har også å gjera med korleis ein lærer og bruke makt. Sjukepleiaren har faglege kunnskapar som ikkje pasienten har, slik at ho kan i vanskelege situasjonar utifrå fagleg skjønn ta avgjersle som vil hjelpe pasienten (Alsvåg, 2015, s. 165; Martinsen, 2003, s. 17).

4. Forskingsartiklar

I dette kapitelet skal eg presentera forskingsartiklane eg har valt for å belyse problemstillinga. Eg har valt fem forskingsartiklar som handlar om sjukepleie til menneskjer i manisk fase og bruk av grensesetjing. I tillegg har eg valt artiklar som belyse bruken av skjerming og tvang i psykiatrien, samt sjukepleiarens sårbarheit i relasjon med pasienten.

4.1 Artikkel 1

“A Qualitative Study of Nursing Care for Hospitalized Patients with Acute Mania” (Daggenvoorde et al., 2015)

Denne artikkelen er ein kvalitativ studie. Studien tar føre seg pasientar som er innlagt med akutt mani, kor målet var å kartleggje relevante pasientproblem, ønska pasientresultat og sjukepleieintervensjonar som viser seg under sjukehusinnlegginga. Grensesetjing var nemnt som den viktigaste intervensjon ved mani. For at ein skal lykkast med grensesetjing er det viktig med relasjon til pasienten, og at denne oppretthaldast. Det å arbeide i team og ha moglegheit til å kunne reflektera med andre om reaksjonar og opplevingar viste seg å vera viktig. Studien viser også at for å lykkast med grensesetjing, sikre ein stabil døgnrytme og oppretthalda ein støttande kommunikasjon med den maniske pasienten, er det viktig med mellommenneskeleg kontakt til pasienten. Ein individualisert tilnærming med utgangspunkt i pasientens behov og ressursar er naudsynt og pleieplan vart sett på som eit godt hjelpemiddel for å hjelpe pasienten gjennom dagen. Det er viktig å anerkjenna pasientens nåverande følingar og behov, samt oppnå samarbeid for å støtte den maniske. Å kommunisera med korte og presise setningar, samt at ein bli verande truverdig overfor pasienten omtalast som essensielt. Maniske pasientar blir lett distrahera og bruk av skjerming (stille rom) er viktig for å avgrense stimuli og for å oppnå ein balanse mellom aktivitet og kvile.

4.2 Artikkel 2

“Skjerming i akuttpsykiatrien” (Norvoll et al., 2015)

Denne studien er ein oversiktsartikkel, som tar føre seg ein gjennomgang av den norske skjermingstradisjonen. Funn viser at skjerming ofte blir brukt i psykiatriske døgnavdelingar, særleg i akuttposter. Fleste fagbidrag belyse skjerming som ein stimulusavgrensande og grensesetjande metode, men studiar etter 2000 beskrive skjerming som tiltak, metode eller intervensjon, som skal nyttast overfor den individuelle pasient. Hensikta med skjerming er å oppretthalda orden på posten, betre personalets arbeidsmiljø og optimalisera moglegheita til å følgje opp pasienten. Vidare er skjerming beskrive som deeskalerande metode og «time out» ved aggressiv åtferd. Ein legg mindre vekt på kontroll, makt og passiviserande restriksjonar ved skjerming til fordel for meir

anerkjennande, dialogbaserte tilnærmingar. Å inkludera pasientens ressursar og moglegheit for brukarmedverknad er viktig i skjermings situasjonar. Det blir beskrive både formell og uformell bruk av fysisk makt for å overhalde skjerminga, og opplevinga av tvang ved skjerming er generelt sterkare enn det behandlingstenkinga tilseier. Følinga av tvang forsterkast av militante kommunikasjonsformer og lite anerkjennande tilnærmingar. Spenninga mellom behandling og kontroll gjev stort behov for etisk refleksjon.

4.3 Artikkel 3

“Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff” (Larsen & Terkelsen, 2014)

I denne kvalitative studien blir det beskrive korleis sjukepleiarane og pasientane opplever bruk av tvang på ein lukka psykiatrisk avdeling. Hovudårsaka til at sjukepleiarane meinte at tvang var naudsynt i visse situasjonar, var sikkerheita på avdelinga, frykt for vald og frykt for å mista kontrollen. Sjukepleiarane meinte at pasientar med «indre kaos» hadde god effekt av skjerming, medan pasientane kalla skjermingsområdet og uteområdet på skjerminga for fengselet og fengsels garden. Observasjon viste at nokre sjukepleiarar hadde evne til å roe ned pasientane utan å nytte tvang. Funn viste at strenge reglar framfor fleksible, verka provoserande og gav følinga av mindreverdigheit hos pasientane. Nokre pasientar og ansatte ønska meir fleksibilitet, medan andre ansatte ville ha meir myndigheit og strengheit. Dei ansatte uttrykte å føle grensesetjinga som meir nedverdige enn den formelle tvangen. Korreksjonar og husordensreglar synest å auka sårbarheita og avhengigheita hos pasientane. Arbeide i team og ha moglegheit til å dele og reflektera rundt erfaringar frå vanskelege situasjonar var viktig. Gjensidig støtte og lojalitet kom fram som to viktige stikkord frå studien. Det å stå saman som team og gje støtte til kvarandre, var viktig for å kunne gje støtte til pasienten.

4.4 Artikkel 4

“Exposed to and Accumulation of Burdensome Feelings – Mental Health Nurses’ Vulnerability in Everyday Encounters With Seriously Ill Inpatients” (Vatne, 2017).

Denne artikkelen er ein kvalitativ studie med ein fenomenologisk design, feltarbeid og grupperefleksjon frå ein akuttpsykiatrisk avdeling. Hensikta med studien er å forstå sjukepleiarane sin sårbarheit, for å få ein djupare forståing av kvifor sjukepleiarane ofte ender opp med å distansera seg frå pasientens åtferd. Funn viste at sjukepleiarane vart utsett for komplekse følingar i deira relasjon med pasientane, noko som framkalla ein frykt for fysisk og psykisk skade. Denne frykta om at noko kunne skje, for eksempel, å ikkje ha kontroll over pasientane og situasjonane, vekka individuelle

sjølvbeskyttande og kollektive strategiar for grensesetjing. Dette førte til følelsar av å ikkje vera vellykka som ein profesjonell sjukepleiar. Alle sjukepleiarane uttrykte at det var viktig å byggje ein tillitsfull relasjon med pasientane basert på dialog og samarbeid. Dette er startpunktet for å kunne forstå pasienten og det er naudsynt å utvikle ein felles forståing av pasientens individuelle behov. Men på grunn av uventa hendingar, som at pasientane kan vera til skade for seg sjølv eller andre var hovudprioriteringa på avdelinga å sikre sikkerheita.

4.5 Artikkel 5

“An Interview Study on «Providing Structure» as an Intervention in Psychiatric Inpatient Care: The Nursing Perspective” (Voogt, Nugter, Goossens, & van Achterberg, 2016)

Denne artikkelen er ein kvalitativ studie. Hensikta med studien var å belyse sjukepleiarane sine perspektiv på å skapa struktur på ein lukka psykiatrisk avdeling. Dette skulle sørgje for ein grunnleggande føling av sikkerheit; å oppnå kvile, rutine og ivareta hygiene, samt fremje personleg kontroll hos pasienten. Føresetnadane for å skapa struktur handla om å vera i stand til å etablere kontakt med pasienten og oppretthalda denne. Sjukepleiar må invitera til samtale, framtre roleg, lytta og forstå pasientens perspektiv. Vera synleg i avdelinga, samt forklare avtaler og sjekke om pasienten har forstått dei. Sjukepleiaren må ha kunnskap om pasientens karakter og hans personlege situasjon for å skapa struktur. Oppmuntra og tillate at pasienten får snakka om personlege erfaringar, følingar og frustrasjonar. Bruk av humor var også essensielt. For å lykkast med å skapa struktur og re-etablere balanse mellom aktivitet og kvile var det viktig at sjukepleiar held seg til behandlingstema, bekrefte, spegla eller korrigerer pasientens åtferd, forklare og sjekke avtaler, analysere aktivitetar med pasienten og hjelper pasienten til å etablere indre kontroll og moderat tenking.

5. Drøfting

I dette kapittelet skal eg drøfte problemstillinga mi i lys av teori, forskning og egne erfaringar.

Drøftinga vil ta utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsfilosofi, som relasjonell, praktisk og moralsk handling. Disse heng saman, men blir her drøfta kvar for seg.

5.1 Relasjonell omsorg: Etablere ein allianse

Den terapeutiske relasjonen er svært viktig for å kunne utvikle eit godt samarbeid med pasienten (Hummelvoll, 2012, s. 239). Forsking belyse også at eit mellommenneskeleg forhold til pasienten er viktig (Daggenvoorde et al., 2015, s. 191). Maniske pasientar blir ofte tvangsinnlagt, noko som kan vera utfordrande for samarbeidet (Hummelvoll, 2012, s. 233). Det kan vera svært traumatisk og integritetskrekande for pasienten å bli tvangsinnlagt og dei kan oppleve tvangen som svært

urettferdig (Cullberg, 2007, s. 113). I denne sammenheng viser studie at det er viktig å roe ned pasienten ved å vise forståing og snakka om årsaka til tvangsinnlegginga (Voogt et al., 2016, s. 212). Ved innlegging blir dei fråtatt eigenandelar som skapar deira sosiale identitet, dei blir kroppsvisiterte og møter ei avdeling med regler og rutine som er annleis enn det dei er vane med. Samstundes forstår dei ikkje alltid at dei treng hjelp og dei føler seg ofte som verdsmeistrar, noko som gjere at dei er svært motvillig til å samarbeide (Hummelvoll, 2012, s. 224). Dette blir det første møtet pasienten har med behandlingsapparatet og utgangspunktet for god relasjon er utfordrande.

I studien til Larsen og Terkelsen (2014) fortalte eine pasienten om sin innkomst og første møte med sjukepleiar slik: «Sjukepleiaren stod framfor meg med armane i kryss og forklarte reglane. Det såg ut som han jobba som vakt utanfor eit diskotek» (s. 429). Med denne haldninga kan pasienten føle seg fornærma og lite velkommen som menneskje, noko som kan føre til ytterlegare sårbarheit ved innlegging. Forsking hevda at den første kontakten med pasienten kan vera avgjerande for vidare samarbeid, og dei første minuttane ved innlegging er viktig for å forme relasjonen mellom sjukepleiar og pasient (Voskes, Kemper, Landeweer & Widdershoven, 2014, s. 772). Pasientar i manisk fase kan ha aggressiv åtferd ved innlegging, som kan føre til behov for skjerming (Daggenvoorde et al., 2015, s. 188). For å unngå at innlegginga blir ytterlegare traumatisk for pasienten er det viktig at sjukepleiar ønska pasienten velkommen og introduserer pasienten for avdelinga (Voskes et al., 2014, s. 768). Det er også essensielt at pasienten får dekt sine grunnleggande behov og at pasienten har det komfortabelt (ss. 768-769). Det høge energinivået til pasientar i manisk fase kan ha store konsekvensar for ivaretaking av grunnleggande behov og dei kan stå i fare for å bli fysisk utmatta (Daggenvoorde et al., 2015, s. 188). Sjukepleiar må sørge for at pasienten oppnår balanse mellom kvile og aktivitet, som igjen kan verka positivt på relasjonen og samarbeidet.

Sjølv om pasientar i manisk fase kan møte behandlingsapparatet på ein traumatisk og maktprega måte, er det likevel viktig at sjukepleiar invitera og er villig til å støtte pasienten gjennom eit samarbeid (Hummelvoll, 2012, s. 233). Eg erfarte frå praksis at det er viktig og sjå menneskje bak diagnosen for å kunne oppnå samarbeid med pasienten. Dette samsvarer med studien til Larsen & Terkelsen (2014), kor pasientane sine favoritt ansatte var dei som forstod og behandla dei som vanlege menneskjer og ikkje berre som ein diagnose (s. 433). Dette krev ei felles forståing av situasjonen, samt at sjukepleiar er imøtekommande, tilstades i situasjonen og tar initiativ til kontakt (Hummelvoll, 2012, ss. 239-240). Dette samsvarer med Kari Martinsens omsorgsfilosofi (2003) kor det er viktig å ha forståing for den andre sin situasjon, samt anerkjenna den andre personen (s. 16). Som Larsen & Terkelsen (2014) påpeiker, sjukepleiarane som er fysisk og emosjonelt nær pasienten, har større sannsyn for å forstå han eller ho som eit unikt individ (s. 435). Å ha innsikt i den andre sin

situasjon, vite noko om bakgrunn og interesse, vil kunne hjelpe sjukepleiaren i samtale med pasienten (s. 433). Midlertidig kjem det fram frå pasientstudien til Karlsson (2005) at dei ikkje følte seg møtt eller fekk moglegheit til å samtale. Sjølv om samtalen er eit viktig hjelpemiddel i samarbeidet, kor ærlegdom og tillit etablerast, kjem mangel på tid som ei stor utfordring for sjukepleiarane (ss. 11-12).

Ifølgje Daggenvoorde et al. (2015) bør kommunikasjonen med den maniske vera prega av eit kortfatta og formelt språk (s. 189). Dette bekreftar også Hummelvoll (2012) ved at pasientar i manisk fase har behov for enkle og korte setningar under kommunikasjonen (s. 235). På denne måten kan pasienten følgje med og halda fast på det temaet ein snakkar om (s. 235). Forsking viser til utfordringar knytt til å skapa kontakt med den maniske. Dei kan prata både høgt og utan pause, samt at dei ikkje liker å bli avbroten (Daggenvoorde et al., 2015, s. 188). Her er det viktig at sjukepleiaren har evna til å lytta til kva personen formidlar både verbalt og nonverbalt (Hummelvoll, 2012, s. 235). Eg har erfart frå praksis at pasientar som oppheld seg med maniske pasientar lett blir påverka av det energiske humøret og den høge aktiviteten. Her er det viktig at sjukepleiar beheld roen og er realitetsorienterande, for å oppretthalda eit roleg postmiljø og støtte pasienten til eit meir hensiktsmessig ytrings- og åtferdsmønster (Aarre, 2018, s. 159).

Til trass for relasjonens tyding belyse studien til Larsen & Terkelsen (2014), at enkelte sjukepleiarar har manglande evne til å byggje relasjon. Årsaker til dette kan vera at sjukepleiarane dagleg blir utsett for byrdefulle følingar av pasientane, som kan føre til at dei distanserer seg for å beskytta seg sjølv mot å bli såra (Vatne, 2017, s. 201). Dei går med ein indre frykt om å bli både fysisk og psykisk skada av åtferda til pasientane (s. 201). Å vera profesjonell i møte med pasienten er viktig, men kan samtidig føre til upersonleg kontakt. Dette kan få uheldige konsekvensar i form av at pasienten ikkje får dekkja sine individuelle behov, men blir behandla som ei gruppe med felles behov og restriksjonar (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 435). Som Karlsson (2005) påpeikar, er manglande støtte og situasjonsforståing eit uttrykk for mangelfull omsorg. Pasientane opplevde at dei dårlege relasjonane medførte til ytterlegare liding (s. 9).

5.2 Praktisk omsorg: Utøving av grensesetjing

Grensesetjande tiltak overfor maniske pasientar er naudsynt. Dette understrekar studien til Daggenvoorde et al. (2015) som viser at forstyrra døgnrytme, agitasjon, liten sjukdomsinnsikt, verbal aggresjon og høgt aktivitetsnivå pregar denne pasientgruppa (ss. 188-189). Sjukepleiar må dermed støtte og ta vare på den maniske ved å setje grenser, når pasienten sjølv ikkje har kontroll over eigen

åttferd (Strand, 1990, s. 89). Målet med grensesetjinga er å skapa tryggleik, struktur og sikkerheit både for pasientar og personalet (Maguire, Daffern, & Martin, 2014, s. 156). Dette kan sjåast i samanheng med Hummelvoll (2012) som viser at på den eine sida er grensesetjing naudsynt med tanke på pasientens balanse mellom aktivitet og kvile (s. 240). På den andre sida handlar det om å ivareta fellesskapsverdiar ein ønskjer skal gjennomsyre eit godt postmiljø (s. 240).

Ifølgje Hummelvoll (2012) ligg grensesetjingspraksisen i spenningsfeltet mellom ytrestyrt kontroll og vekst (s. 240). For at pasienten skal kunne oppleve støtte i grensesetjande situasjonar, er det viktig å anerkjenna pasientens følingar, vise respekt og medkjensle, samt vera truverdig overfor pasienten (Daggenvoorde et al., 2015, s. 190). Dette ser ein også i studien til Voogt et al. (2016) som viser at det å skapa ei atmosfære kor pasienten føler seg velkommen og beskytta var viktig (s. 211). Sjukepleiaren må gjennom haldning visa seg tilgjengeleg, jordnær og open, samt involvera pasienten i prosessen (s. 211). Empatisk forståing ved grensesetjande situasjonar er viktig (Maguire et al., 2014, s. 156). Dette samsvarer med Hummelvoll (2012), som peikar på viktigheita med å forstå pasienten gjennom hans ståstad (s. 241). Midlertidig kan dette vera svært vanskeleg, fordi ved mani kan det psykiske tempoet vera ekstremt høgt, som vil gjera det vanskeleg å følgje pasientens tankebaner (s. 235). I denne samanheng er det viktig at ein lyttar til pasienten, men samstundes hjelper pasienten til å ordne opp i tankane sine. Sjukepleiar må gje pasienten rom til å snakka, men ein må også vera kritisk og skjære gjennom dersom samtalen blir forstyrrende eller useriøs (Voogt et al., 2016, s. 213). For å kunne anerkjenna den maniske, er det viktig at ein behandlar vedkommande på ein rettferdig og respektfull måte (Maguire et al., 2014 s. 157). Som Kari Martinsen (2003) påpeikar, omsorga er uekte dersom ein griper inn i for å forandra den andre sin situasjon utan å anerkjenna vedkommande. For at omsorga skal vera ekte, må sjukepleiaren forhalda seg til pasienten med ein anerkjennande haldning, som inneberer gjensidigheit i samhandling (s. 71).

Studien til Voogt et al. (2016) belyse viktigheita med å forklare pasienten om avtaler og sjekke pasientens forståing av dei (s. 213). Funn viser vidare at slik forklaring og kontroll gjev innsikt i pasientens mønster av tenking, føling og oppførsel (s. 213). utfordringar med dette er at pasientar i manisk fase har liten sjukdomsinnsikt, og vil ofte vera ueinige i grensene framfor å akseptere og prøve å forstå hensikta med dei (Daggenvoorde et al., 2015, s. 188). Ifølgje Strand (1990) bør grensene setjast på ein klar og tydeleg måte, samt i korte ordlag (s. 95). Eit viktig prinsipp er at sjukepleiaren ikkje inviterar til potensiell diskusjon, men har ein tydeleg og presis kommunikasjon for å oppretthalda merksemda hjå pasienten (Hummelvoll, 2012, s. 240). Studie viser midlertidig utfordringar til dette. I offentlege situasjonar kor pasienten trengjer å bli grensesatt, viser funn i studien til Vatne (2017), at det vart nytta strengare grensesetjingsstrategiar for å få kontroll over

situasjonen. Sjukepleiarane i studien uttrykte at det var pinleg å bruke tvang offentleg, og dette ville føre til dårleg merksemd mot psykiatrien (s. 200).

Forskning viser at pasientar i manisk fase er både prega av agitasjon og rastlausheit (Daggenvoorde et al., 2015, s. 188). Med dette som utgangspunkt er det vanskeleg å både anerkjenna pasienten, samtidig som ein skal korrigera åtferda. I studien til Vatne (2017) påpeika sjukepleiarane, at det er vanskeleg å nærme seg pasienten, samtidig som ein skal korrigera åtferda (s. 198). Dette førte til ein frykt for å miste kontrollen over situasjonen. Ein føresetnad for å lykkast med å setje grenser er at dei blir satt på ein respektfull og rettferdig måte (Maguire et al., 2016, s. 156). På den andre sida viser funn at det og inngå avtalar med pasientane er ein strategi som blir brukt for å kontrollera dei (Vatne, 2017, s. 200). Også Larsen & Terkelsen (2014) belyser dette. Dei viser at tvang og makt i enkelte situasjonar er naudsynt, for å hindre at situasjonar eskalerer, men studien presiserer at det krev både god kunnskap, fagleg bevisstheit og mot (s. 431). Å støtte pasienten kan gjerast ved å setje grenser når vedkomande handlar ukritisk og grunnge kvifor ein gjer det. I studien til Larsen & Terkelsen (2014) uttrykte pasientane at det var provoserande når grensene blei satt på ein streng og lite fleksibel måte (s. 429). Mange av sjukepleiarane i studien meinte derimot at det å ha ein streng og autoritær haldning var naudsynt (s. 430). Dersom ein set grenser med ein autoritær stil, kan ein tenkje seg at metoden kan verka mot sin hensikt. Dette strider med teorien til Strand (1990), som meiner at grensesetjing alltid skal vera terapeutisk. Ifølgje Strand (1990) er det viktig med legitim autoritet i forhold til grensesetjing. Den skil seg frå den autoritære stilen, ved at sjukepleiar kan begrunne og argumentere for kvifor grensene blir satt, samt at den er dialogisk, etisk forsvarleg og menneskevennleg (s. 93).

Funn frå litteraturstudien viser at det finnast få evidensbaserte retningslinjer, som kan hjelpe sjukepleiaren i grensesetjande situasjonar. I studiane Daggenvoorde et al. (2015) og Voogt et al. (2016), kjem det fram at det er viktig å ta utgangspunkt i pasientens eigne ressursar og individuelle behov. I denne samanheng kan ein nytta pleieplan som hjelpemiddel (Daggenvoorde et al., 2015, s. 189). Her er det viktig at sjukepleier arbeider mot å oppnå god balanse mellom aktivitet og kvile. Funn frå studien til Voogt et al. (2016) viser at på den eine sida, vil det å inkludere pasientens beslutningar gje indre personleg kontroll, som kan føre til oppleving av tryggleik (s. 214). På den andre sida, vil det for nokon pasientar vera behov at sjukepleiar tar meir kontroll i planlegginga av aktivitet og kvile, dette for å hindra at vedkommande mistar kontroll over følingar, samt forhindre at dei blir kaotiske og lite samarbeidsvillige (s. 214).

5.3 Moralsk omsorg: Støtte og avlaste den maniske frå ytre stimuli

I den maniske fasen er pasienten prega av og vera både sensibel, overaktiv og kaotisk (Hummelvoll, 2012, s. 235). For å kunne støtte og avlaste den maniske viser forskning at skjerming er ein hyppig brukt metode, for å avgrensa ytre stimuli (Norvoll et al., 2015, s. 35). I skjermingssituasjonar har sjukepleiaren ein type makt over pasienten, som kan medføre at pasienten opplever straff og tap av autonomi (Hummelvoll, 2012, s. 235). Her står sjukepleiaren ovanfor den moralske utfordringa om å handle til det beste for pasienten. Ifølgje Martinsen (2003) kan makt brukast moralsk ansvarleg utifrå prinsippet om ansvar for den svake (s. 17). Sjukepleiaren må utifrå fagleg kunnskap ta avgjersle som vil hjelpe pasienten (s. 17). Det faglege skjønnet må vera grunnlaget for å utøve sjukepleie på best mogleg måte (Alsvåg, 2015, s. 165). For å oppretthalda skjerminga viser forskning at det blir både brukt formell og uformell fysisk makt, samt at opplevinga av tvang ved skjerming er generelt sterkare enn behandlingstenkinga tilseier (Norvoll et al., 2015, s. 38). Den reduserte sjølvinnsikta hos maniske pasientar kan vera årsaka til den sterke opplevinga av tvang (Daggenvoorde et al., 2015, s. 188). Forsking viser derimot at innelukking, nakent interiør, belterom, fysisk maktbruk, passivitet og sosial isolering frå medpasientar og omverda, var faktorar som bidrog til auka tvangsopplevinga (Norvoll et al., 2015, s. 38). På den andre sida, viste studien at disse faktorane var viktig for å ivareta sikkerheita og arbeidsmiljøet på avdelinga (s. 38). Dette viser at det er eit spenningsforhold mellom behandling og kontroll.

Ifølgje Norvoll et al. (2015) fører dette spenningsforholdet til auka behov for etisk refleksjon blant dei ansatte (s. 38). Daggenvoorde et al. (2015) påpeikar også dette, kor refleksjon var viktig for å auka sjukepleiarens forståing rundt pasientens åtferd, samt for å betre eigne haldningar og praksis (s. 191). Som Martinsen (2003) påpeikar, omsorg som konkret handling krev grunngeving og ein må gjere faglege og etiske vurderingar av situasjonen (s. 76). Funn viser også at mange sjukepleiarar sat igjen med ein skyldfølelse og tankar rundt vanskelege situasjonar, og det å skjerma/isolera eller bruke tvang var vanskeleg (Larsen & Terkelsen, 2014, s. 434). Å arbeide i team med moglegheit for å dele og reflektera rundt dette er viktig (Daggenvoorde et al., 2015, s. 191). Sjukepleiarane i studien til Vatne (2017) følte det svært tryggande å få støtte av andre ansatte i trugande situasjonar (s. 201).

Funn frå studien til Norvoll et al. (2015) viser at pasientane har blanda følingar og erfaringar rundt skjerming som metode. Nokre hadde positive opplevingar i form av tryggleik ved personalets nærleik under skjerming, samt fast personalkontakt, ro og god hjelp til å få dekkja sine behov (s. 38). Andre hadde meir negative opplevingar i form av auka angst, tankekaos, klaustrofobi og sjølvordstankar (s. 38). Forsking viser at eit terapeutisk miljø under skjerming er viktig, for å oppnå ønska effekt med

metoden (s. 38). Liknande funn finner ein i studien til Larsen & Terkelsen (2014) som meiner at dei materielle omgjevnadene har stor betydning for pasientane (s. 432). Interiøret på skjermingsrommet er ofte nakent for minst mogleg ytre påverknader for kaotiske pasientar (Norvoll et al., 2015, s. 38). Sjukepleiarane uttrykte at dersom ein er kaotisk på innsida treng ein orden på utsida (s. 38). Studien viser at ei slik utforming på den eine sida kan fremje bruken av tvang, fordi pasientane blir aggressive eller føler seg verre i ein bygning som minner dei på at dei er sjuke. På den andre sida kan slik utforming forhindre tvang fordi den fører til auka kontroll og sikkerheit (s. 38).

6. Konklusjon

Hensikta med denne studien er å finne ut korleis ein som sjukepleiar kan støtte ein pasient i manisk fase. Først og fremst er det viktig å etablera ein terapeutisk relasjon og samarbeid med pasienten. Samarbeidet bør vera prega av tillit, nærvær og respekt. Den første samtalen og dei første fem minuttane ved innlegging, er viktige grunnsteinar for å oppnå vidare samarbeid med pasienten. Sjukepleiaren må sørge for at den maniske får ivaretatt sine grunnleggjande behov, som balanse mellom aktivitet og kvile. I denne samanheng bruker ofte sjukepleiaren grensesetjing for å ta vare på pasienten, men også for å sikre sikkerheita på avdelinga. For å oppnå hensikta med grensesetjing er det viktig at sjukepleiar anerkjenna pasientens kjensle, vise respekt og medkjensle, samt vera truverdig. Det er vanskeleg for sjukepleiaren å setje grenser på ein effektiv og sikker måte, grunna få bevisbaserte retningslinjer.

For å oppnå ønska resultat ved grensesetjing må sjukepleiar informere og fortelje på ein respektfull og empatisk måte kvifor grensene blir satt. I denne prosessen er det viktig at ein engasjerer pasienten slik at han blir ein aktiv deltakar, som er viktig for å styrkje og anerkjenna pasienten. Andre viktige element er at sjukepleiar er lyttande, roleg og jordnær. Å setje grenser på ein streng og lite fleksibel måte opplevde pasientane som provoserande og lite menneskevennleg. For å støtte og ta vare på den maniske, handlar det om å korrigera åtferda på ein anerkjennande måte. Det er umogleg å korrigera pasientens åtferd utan og fornærme dei, fordi ved mani har pasienten ingen sjukdomsinnsikt. Etisk refleksjon blant personalet var viktig i forhold til spenningsforhaldet mellom behandling og kontroll ved skjermingssituasjonar. Prosessen hadde stor viktigheit hos sjukepleiarane i forhold til å kunne reflektera og få støtte frå kollega i vanskelege situasjonar.

Litteraturliste

- Aarre, T. F. (2018). Rammene for tjenestene. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2. utg., ss. 16-38). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aarre, T. F. (2018). Stemningslidelser. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for Helsefag* (ss. 135-155). Bergen: Fagbokforlaget.
- Alsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 156-178). Oslo: Cappelen Damm.
- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Daggenvoorde, T., Geerling, B. & Goossens, P. J. (2015). A qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), ss. 186-191. doi:10.1016/j.apnu.2015.02.003
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., ss. 149-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientert, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner. (2006). Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet (FOR-2006-12-15-1423). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2006-12-15-1423>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonale fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Karlsson, B. (2005). Mani som livsbrus og eit psykiatrisk problem - omsorgens dilemmaer i en akuttpsykiatrisk kontekst. *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7(1), ss. 3-13. <http://www.uio.no/studier/emner/medisin/isv/SYKVIT4222/v06/SYKVIT4222ArtikkelDeleksamen2.pdf>
- Larsen, I. B. & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), ss. 426-436. doi:10.1177/0969733013503601
- Maguire, T., Daffern, M. & Martin, T. (2014). Exploring nurses and patients perspectives of limit setting in a forensic mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), ss. 153-160. doi:10.1111/inm.12034

- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norvoll, R., Ruud, T. & Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 135, ss. 35-39. doi: 10.4045/tidsskr.14.0124
- Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernlov>
- Skåderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet - Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Støtte. (2018, 23. oktober). I *Synonymordboka*. Henta frå <http://www.synonymordboka.no/no/?q=st%C3%B8tte>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tvangsforsk. (2017). *Nøkkeltall Tvang*. Henta 31. oktober 2018 frå https://www.tvangsforskning.no/ressurser-og-lenker/noekkeltall_tvang/
- Vatne, S. (2017). Exposed to an Accumulation of Burdensome Feelings – Mental Health Nurses' Vulnerability in Everyday Encounters With Seriously Ill Inpatients. *Advances in Nursing Science*, 40(2), ss. 194-206. doi:10.1097/ANS.0000000000000149
- Voogt, L. A., Nugter, A., Goossens, P. J. & van Achterberg, T. (2016). An Interview Study on "Providing Structure" as an Intervention in Psychiatric Inpatient Care: The Nursing Perspective. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(3), ss. 208-216. doi:10.1111/ppc.12119
- Voskes, Y., Kemper, M., Landeweer, E. G. & Widdershoven, G. A. (2014). Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission. *Nursing Ethics*, 21(7), ss. 766-773. doi:10.1177/0969733013493217

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søkedato	Database	Søkeord	Ant. treff	Kva eg gjorde med treffa	Resultat
30.09.2018	ASE (inkl. Medline og Cinahl) Avgrensingar: Språk: engelsk Alder: 19-44 År: 2013-2018	1. bipolar disorder	35 781	Lagra antall treff	
		2. Acute mania	815	Lagra antall treff	
		3. Hospitalized patients	33 262	Lagra antall treff	
		4. Nursing care	54 401	Lagra antall treff	
		5. Acute psychiatric ward	581	Lagra antall treff	
		6. Nursing	356 371	Lagra antall treff	
		7. Mental health nursing	9748	Lagra antall treff	
		8. Limit setting	1845	Lagra antall treff	
		9. Seclusion	1785	Lagra antall treff	
		1+2+3	21	Lagra antall treff	
		1+2+4	2	Las begge artiklane	<u>Artikkel 1</u> "A Qualitative Study of Nursing Care for Hospitalized Patients with Acute Mania".
		2+3+5	0	Ingen treff	
		2+4+5	0	Ingen treff	
		1+6+8	0	Ingen treff	
		2+6+8	0	Ingen treff	
		7+8	11	Las 4 artiklar	"Exploring nurses' and patients' perspectives of limit setting in a forensic mental health setting".

					Artikkelen er blitt referert til i drøftinga, men valte og ikkje presentere den blant dei andre forskingsartiklane, grunna den ikkje gav nye funn. Tok den med for å belyse både sjukepleiarane og pasientane sine perspektiv på grensesetting og kvifor metoden er viktig.
		7+9	139	Lagra antall treff	
		7+9+5	9	Las abstrakta	
		7+9+6	139	Las overskrifter for relevans	
		7+3	26	Las 5 abstrakt	
	Norart	1. Mani	29	Las overskrifter og 2 artiklar	<p>”Mani som livsbrus og eit psykiatrisk problem – omsorgens dilemmaer i en akuttpsykiatrisk kontekst”.</p> <p>Artikkelen er blitt referert til i drøftinga for å belyse pasientperspektivet, men er ikkje blitt presentert blant dei andre forskingsartiklane, grunna ville ikkje ha heva oppgåva mi med tanke på funna.</p>
	Norart	1. Skjerming	12	Las alle abstrakta og 1 artikkel	<u>Artikkel 2:</u> ”Skjerming i akuttpsykiatri”
17.10.2018	PubMed	1. Open-area seclusion	18	Las overskrifter og abstrakt	
		2. Limit setting	6682	Lagra antall treff	
		1+2	0	Ingen treff	
	Nytt søk i PubMed	1. seclusion	1221	Lagra antall treff	
		2. nursing	719 477	Lagra antall treff	

		1+2	352	Lagra antall treff	
		Avgrensa til siste 5 år (2013-2018)	97	Las alle overskrifter for relevans	Ein relevant artikkel, vart ekskludert fordi måtte avgrense oppgåva mi. Den ville ikkje ha heva oppgåva mi med tanke på funna.
21.10.2018	PsycINFO	Limit setting AND nursing	275	Lagra antall treff	
		Avgrensa søket til siste 5 år	122	Las overskrifter for relevans og las 2 artiklar	
30.10.2018	ASE (inkl. Medline og Cinahl)	1. Seclusion	4017	Lagra antall treff	
		2. Coercion	17 834	Lagra antall treff	
		3. Locked psychiatric ward	96	Lagra antall treff	
		1+2	243	Lagra antall treff	
	Avgrensa tid: 2010-2018	1+2	183	Lagra antall treff	

		1+2+3	3	Las abstrakt og 1 artikkel	<u>Artikkel 3:</u> "Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff".
12.11.2018	ASE (inkl. Medline og Cinahl) Avgrensingar: År: 2013-2018	1. setting limits	1771	Lagra antall treff	
		2. mental health nurses	13 217	Lagra antall treff	
		1+2	3	Las alle artiklane	<u>Artikkel 4:</u> "Exposed to an Accumulation of Burdensome Feelings – Mental health Nurses' Vulnerability in Everyday Encounters With Seriously Ill Inpatients".
14.11.2018	ASE (inkl. Medline og Cinahl) Avgrensingar: År: 2013-2018 Adults 19-44år Engelsk	1. bipolar disorder	30 745	Lagra antall treff	
		2. nursing interventions	9 396	Lagra antall treff	

		1+2	11	Las overskrifter og samandrag	<p><u>Artikkel 5:</u> “An Interview Study on Providing Structure as an Intervention in Psychiatric Inpatient Care: The Nursing Perspective”</p> <p>“Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission”.</p> <p>Artikkelen er blitt brukt ein gong i drøftinga for å underbyggje ein påstand, men er ikkje blitt presentert blant dei andre forskingsartiklane, grunna lite relevante funn i forhold til problemstillinga mi.</p>
--	--	-----	----	--	---