

Jan Kåre Hummelvoll
Anne-Sofie Yri Sunde
Elisabeth Severinsson

Om å møte mennesker med
manisk lidelse – en intervensjonsstudie
fra akuttpsykiatrien

Høgskolen i Hedmark
Rapport nr. 3 - 2000

Online-versjon

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.

I rapportserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres FoU-arbeid og utredninger. Dette omfatter kvalifiseringsarbeid, stoff av lokal og nasjonal interesse, oppdragsvirksomhet, foreløpig publisering før publisering i et vitenskapelig tidsskrift etc.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Hedmark.
(<http://www.hihm.no/Publikasjon/default.htm>)

Rapport nr. 3 - 2000
© Forfatterene/Høgskolen i Hedmark
ISBN: 82-7671-102-2
ISSN: 1501-8563



Høgskolen i Hedmark

Tittel: Om å møte mennesker med manisk lidelse – en intervensjonsstudie fra akuttpsykiatrien			
Forfattere: Jan Kåre Hummelvoll, Anne-Sofie Yri Sunde og Elisabeth I. Severinsson			
Nummer: 3	Utgivelsesår: 2000	Sider: 89	ISBN: 82-7671-102-2 ISSN: 1501-8563
Oppdragsgiver:			
Emneord: mani, lidelse, psykiatrisk sykepleie, akuttpsykiatri			
Sammendrag: <p>Denne studien er en del av Prosjekt Undervisningsavdeling, som er et fireårig forsknings- og utviklingssamarbeid mellom Høgskolen i Hedmark, Avdeling for sykepleierutdanning og et psykiatrisk sykehus – nærmere bestemt 'Akuttposten'. <i>Hensikten</i> med denne studien er å utvikle dypere forståelse for mani som fenomen og lidelse for å kunne møte mennesker med denne lidelsen med en faglig og etisk velbegrunnet praksis. Gjennom litteraturstudier, fokusgruppeintervjuer og fortellinger har man søkt å få en dypere forståelse for mani som fenomen og lidelse. Litteraturstudiene viste at manien kan betraktes langs et kontinuum fra mild, moderat til alvorlig mani. Personalet i akuttpsykiatrien møter mennesker med de to siste yringsformene. En av de største utfordringene i arbeidet med maniske personer er at de ofte kommer til behandling mot sin vilje, fordi de ikke kjenner seg syke eller i behov av hjelp. Litteraturen beskriver tre former for lidelse som den maniske person kan oppleve, nemlig sykdomslidelse, eksistensiell lidelse og lidelse som følge av sykepleie og behandling. Med bakgrunn i denne flerdimensjonale lidelsen, beskrives en aktuell psykiatrisk sykepleiepraksis – og forslag til forbedring presenteres. Fokusgrupper og fortellinger ble benyttet for å beskrive og for å oppnå en dypere forståelse for hvordan postpersonalet arbeider med – og møter - maniske personers reaksjoner. Resultatene fra studien vil være nyttige, fordi de fokuserer de mellommenneskelige sidene knyttet til arbeid med mennesker med mani innen en akuttpsykiatrisk kontekst. Dette området er underrapportert i forskningslitteraturen, og det er derfor behov for videre forskning for å sikre en kvalitativ god sykepleie og omsorg.</p>			



Høgskolen i Hedmark

Title: The encounter with persons suffering from manic disorder – an intervention study within acute psychiatric care			
Authors: Jan Kåre Hummelvoll, Anne-Sofie Yri Sunde and Elisabeth Severinsson			
Number: 3	Year: 2000	Pages: 89	ISBN: 82-7671-102-2 ISSN: 1501-8563
Financed by:			
Keywords: mania, suffering, psychiatric staff, acute psychiatric care			
<p>Summary:</p> <p>This study is a part of a four-year research collaboration between Hedmark College, Department of Nursing Education, and an acute ward in a psychiatric hospital. <i>The aim</i> of this study was to gain a deeper understanding of the phenomenon of mania and to generate knowledge of evidence-based practice in the area to enable psychiatric nursing staff to apply this knowledge in the encounter with persons suffering from this disorder. The methods used were: literature review, focus group interviews and story telling. The results from the literature review show that the phenomenon of mania could be interpreted as a continuum, spanning from mild through moderate to severe mania. Acute psychiatric staff are facing the most severe manifestations of the disorder. One of the greatest challenges of working with persons suffering from mania is that they are often admitted involuntarily and that they do not perceive themselves as being ill or in need of help. The result of the literature review showed three forms of suffering: suffering caused by the disorder, existential suffering and suffering from the care provided being perceived as non-caring. All three forms of suffering may be experienced by persons suffering from mania. Evidence-based psychiatric nursing practice related to this multi-dimensional mental suffering is described. Focus groups and story telling were used to describe and to gain a deeper understanding of how psychiatric nurses provide care for and encounter reactions from persons suffering from mania. This approach gave implications for alternative actions in practice. The results promote an awareness of the possibilities inherent in the encounter between human beings in the context of acute psychiatric care. There is a lack of studies as well as a need for further research in this area to ensure high quality care.</p>			

Forord

Denne rapporten er andre publikasjon fra *Prosjekt Undervisningsavdeling*. Første publikasjon i prosjektet var en tilstandsrapport fra en psykiatrisk akuttavdeling: "De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien" (Rapport 17/99 Høgskolen i Hedmark). Den beskrev karakteristiske trekk ved akuttpsykiatriens forutsetninger, muligheter og begrensninger. Her kom det frem et temaområde som Akuttposten ønsker å utvikle spesiell kompetanse i forhold til, nemlig mani – forstått som fenomen og som lidelse. Den foreliggende studie er et bidrag i denne kunnskapsutviklingen. .

En videre oppfølging av denne forskningen er allerede i gang gjennom et doktorgradsarbeid. Det skal fokusere tidligere pasienters opplevelse av lidelsen mani og deres erfaring med den behandling de fikk på 'Akuttposten'. Siktemålet med forskningen totalt er å bidra til å utvikle en praksis som sikrer høy kvalitet i psykiatrisk sykepleie og omsorg for denne pasientgruppen.

Vi vil takke for mange og verdifulle bidrag fra Akuttpostens personale – som har fungert som våre med-forskere. Videre takkes høgskolelektor Arild Granerud for sitt bidrag i datasamlingsprosessen. En særlig takk retter vi til bibliotekar Heidi Kristiansen for solid og grundig assistanse i forbindelse med litteratursøket og for hjelp til å fremskaffe artikler.

I fremstillingen benyttes 'han' om pasienten (i stedet for han/hun) for å skape flyt i fremstillingen.

Hamar i juni 2000

Jan Kåre Hummelvoll Anne-Sofie Yri Sunde Elisabeth Severinsson

Innledning	11
Studiens teoretiske bakgrunn.....	12
Hva er mani?.....	12
Mani som fenomen og lidelse.....	13
Lidelsesaspektet.....	15
Noen forklaringsmodeller.....	16
Holdninger og handlinger.....	18
I Orienteringsfasen	19
II Arbeidsfasen	25
III Avslutningsfasen	31
Metode	34
Konkretisering av datasamlingsmetoder og analyse	39
Ethiske overveielser og studiens nytteverdi	42
Metodisk refleksjon	43
Presentasjon og tolkning av funn	45
I. Fokusgruppeintervju.....	45
Postkulturen	45
Mani som fenomen	46
Behov og begjær.....	46
Holdninger og handlinger.....	47
Å slå en ring rundt pasienten.....	50
Faste rammer	50
Alliansebygging og kommunikasjon.....	51
Skjerming.....	54
Den maniske pasient og de andre	55
Samarbeid med pårørende	55
Personalets følelser og behov	56
Ethiske dilemma	57

II. Fire fortellinger.....	59
Første fortelling: Solveig	59
Andre fortelling: Turid	63
Tredje fortelling: Anne	68
Fjerde fortelling: Terje.....	71
Generelle utfordringer i alliansebyggingen.....	75
Konklusjon og anbefalinger	76
Forståelse av mani som fenomen og lidelse.....	76
Personalets møte med den maniske pasient og forbedring av praksis	77
Postkulturen	77
Å forstå og møte pasientens behov og begjær.....	78
Alliansebygging og kommunikasjon.....	79
Felles holdninger	80
Retningslinjer.....	81
Skjerming.....	82
Samarbeid med pårørende	83
Personalets behov	83
En etisk forsvarlig praksis	84
Litteratur	86

Innledning

Melankoli og mani har vært oppfattet som former for psykiske forstyrrelser i mer enn to tusen år. Disse diametralt motsatte tilstandsbildene har lenge før moderne tid blitt observert å følge etter hverandre. Derfor ble de oppfattet som tilfeller hvor den ene tilstand transformerte seg selv til den andre. Psykiateren Emil Kraepelin introduserte i 1899 begrepet manisk-depressiv sykdom - som omfattet både sirkulære reaksjoner og enkeltepisoder med bare mani eller melankoli. Han var overbevist om at det dreide seg om én og samme sykdomsprosess (jfr. White & Watt 1973). Fortsatt betraktes lidelsen som en enhet som inkluderer flere former (jfr. Dahl et al. 1994, Cullberg 1988).

Denne rapporten omhandler den del av stemningslidelsene som kalles mani. Den amerikanske professor i psykiatri Kay Redfield Jamison er anerkjent autoritet når det gjelder manisk-depressiv lidelse. I en personlig livserindring beskriver hun sin egen erfaring med lidelsen. Her skriver hun bl.a.:

Jeg har etter hvert kommet i grunnleggende og dyp tvil om noen som ikke har hatt denne lidelsen virkelig kan forstå den. Derfor er det, når det kommer til stykket, sannsynligvis urimelig å forvente den form for akseptasjon av lidelsen som man så begjærlig ønsker. Det er ikke en lidelse som lett lar seg empatisk forstå. (Jamison 1997, s. 174.)

Studiens hensikt er å utvikle dypere forståelse for mani som fenomen og lidelse for å møte mennesker med denne lidelsen med en faglig og etisk velbegrunnet praksis. Siktemålet med forskningen er at Akuttposten skal utvikle seg til en kompetanseenheter i forhold til mani i Fylket. Den foreliggende rapport er et ledd i denne utviklingen. De konkrete *forskningsspørsmålene* var:

- 1) Hva er personalets forståelse av mani som fenomen og lidelse?
- 2) Hva karakteriserer personalets måte å møte mennesker med maniske reaksjoner på?
- 3) Hvordan kan denne praksis forbedres?
- 4) Hva foreligger av teoretisk og erfaringsbasert kunnskap som er relevant for personalets arbeid med maniske mennesker?

Studiens teoretiske bakgrunn¹

Det fjerde forskningsspørsmålet besvares i den følgende gjennomgang av aktuell teoretisk og erfaringsbasert kunnskap. Det skjer ved først og beskrive mani som fenomen og lidelse - og deretter gjennom å skissere innholdet i sykepleie og omsorg i forhold til mennesker preget av hevet stemningsleie og overaktivitet.

Grunnlaget for fremstillingen baseres på litteraturstudier, egne erfaringer og intervjuer med syv erfarne psykiatriske sykepleiere (desember 1996 og januar 1997) knyttet til sykehuset som Akuttposten er en del av. Nytt litteratursøk (mai 2000) har vist at man særlig har vært opptatt av de medisinske aspekter ved lidelsen (Hilty et al. 1999, Goodwin 1999, Aarre 1998, Silverstone et al.1997), og til en viss grad lidelsens psykososiale konsekvenser (Hilty et al. 1999, Thomas et al. 1997). Litteratursøket har gitt få resultater med hensyn til forsknings- og erfaringsbaserte artikler som fokuserer sykepleieperspektiver relatert til mani som fenomen og lidelsesform (Dixon 1981, Nilsson 1993, Barker 1994). Derimot finnes en rekke lærebøker i psykiatrisk sykepleie som omhandler temaet. De tidlige lærebøkene (f.eks. Kyes & Hofling 1974 og Kalkman & Davis 1974) var influert av psykodynamisk tenkning - hvor manien ble forstått som en forkledt eller benektet depresjon. Dette synspunktet ligger også under nyere lærebøker innen psykiatrisk sykepleie, men her er perspektivet tydelig dreiet mot en humanistisk og helhetlig orientert forståelse med vekt på personens totale situasjon og behov. Man finner ellers at det i vesentlig grad er erfarings- og tradisjonsbasert kunnskap som formidles (jfr. Stuart & Sundeen 1983, Lyttle 1986, Schoen Johnson 1989, Murray & Huelskoetter 1991, Brooking, Ritter & Thomas 1992, Løkensgard 1995, Lego 1996).

Hva er mani?

Manía betyr på gresk galskap eller raseri. Det indoeuropeiske grunnordet er *men* som betyr å være åndelig opphisset. Som endelse i ord med gresk førsteledd betyr mani en abnorm tilbøyelighet, overdreven lyst eller lidenskapelig trang.

I klinisk sammenheng knyttes mani vanligvis til en stemningssykdom som kalles manisk-depressiv lidelse (eller bipolar lidelse²). Det er en lidelsesform

¹ Denne presentasjonen er for en stor del hentet fra Hummelvoll J.K. (1997). Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie. Oslo: Ad Notam Gyldendal (Kap. 8 "Mani som fenomen og lidelse – å møte mennesker med hevet stemningsleie og overaktivitet", s. 169 – 190). Den delen av kapitlet som omhandler Oppfølging i kommunehelsetjenesten er utelatt her. Resultatet av nytt litteratursøk er inkludert.

² Noen pasienter føler at 'bipolar lidelse' er mindre stigmatiserende enn 'manisk-depressiv lidelse', mens andre synes 'bipolar lidelse' tilslører og reduserer lidelsen som den er ment å representere. 'Manisk-depressiv' fremstår for sistnevnte gruppe som bedre fordi betegnelsen fanger inn både lidelsens natur og alvorlighetsgrad på en mer virkelighetsnær måte. Se K. Redfield Jamison (1996). An Unquiet Mind. A Memoir of Moods and Madness (s. 181-184.)

som arter seg ulikt hos forskjellige personer. Noen rammes av mani med påfølgende depresjon, mens andre har perioder med bare depresjon. Perioder med bare mani er relativt sjeldne. Etter en manisk fase kommer ofte en tung depresjon med anger og fortvilelse. Noen får bare ett eller et fåtall anfall i løpet av livet, mens andre rammes av flere anfall årlig. Varigheten av den enkelte episode varierer, men for tilstander med både mani og depresjon (bipolar tilstand) anslås varigheten til seks måneder (Kringlen 1997, s. 308). Det er også noen mennesker som svinger raskt mellom depresjon og mani. Imidlertid er det mulig å redusere antall innleggelseser. Dette avhenger av om personene har fått god informasjon om sykdommen, erkjenner og har innsikt i sin egen lidelse og vet hvilke symptomer de skal være oppmerksomme på slik at de kan søke hjelp tidlig. Medikamentell behandling er også avgjørende.

Mani som fenomen og lidelse

Det kan være fruktbart å betrakte mani på et kontinuum fra mild mani til fullblomstrende mani, fordi de ulike posisjoner gir forskjellige konsekvenser på det personlige plan og for behovet for hjelp (Gelder et al. 1995, s.197).

Mild mani: I tilfeller av mild mani oppleves opprømtet og eufori (*eufori*: gr. *euphoria* - evne til å ta ting lett). I motsetning til gledes- og lykkeopplevelse, som er næret av indre kilder, savner den hypomane gledesopplevelse tilsynelatende noe reelt grunnlag. Den milde formen er preget av øket fysisk aktivitetstrang; man opplever seg kreativ med lett tilgang på både tanke- og følelsesliv, man føler at man får gjort mye, og problemer løses. Talen er rask og ofte høylydt. Stemningen er labil, men først og fremst er personen euforisk selv om irritabilitet forekommer. Personen kan bruke mer penger enn han egentlig har råd til, og den seksuelle lysten er økt. Ofte kan man se at påkledning og make-up er påfallende. Man har mindre behov for søvn enn de fleste og har økt REM-søvn. Første gang denne tilstanden oppleves søkes ikke hjelp, men hvis tilstanden tidligere har gått over i en mer omfattende mani, kan det hende at personen søker hjelp. Poliklinisk behandling er da mest relevant for å regulere aktivitetsnivået.

Moderat mani: Stemningsleiet er tydelig hevet, personen er lystig (selv om gråten kan komme plutselig) og føler seg i god form. Tankeaktiviteten er intensivert med tendenser til tankeflukt, lett distraherbarhet og redusert konsentrasjonsevne. Hallusinoser er vanligvis ikke til stede. Derimot kan grandiose forestillinger om egen betydningsfullhet opptre. Personen erfarer god tilgang på egne ressurser og føler seg lettlivet. Han har dårlig tid på grunn av

alle prosjektene han har på gang. Vurderingsevnen er klart forringet, og selvinnsikten mangler. Behovet for søvn er tydelig nedsatt (våkner tidlig og føler trang til å komme i gang med forskjellige aktiviteter). Beredskapen for kontakt er høy og humøret er smittende, men dette er noe personene rundt ham raskt opplever som slitsomt. Tilstanden er med andre ord mer positiv for den maniske person enn for omgivelsene. Den seksuelle atferden kan bli utfordrende. Personlig hygiene blir ikke ivaretatt slik personen vanligvis gjør. Hvis det foreslås behandling, vil personen stille seg fullstendig uforstående; han har jo aldri følt seg i bedre form! I en slik situasjon vil han ofte reagere med aggresjon. Om personen overtales til å søke hjelp, må man vurdere om poliklinisk eller sykehusbehandling er mest tjenlig.

Alvorlig mani: Manien kan starte med en hypoman fase, men det er ikke alltid tilfellet. En fullt utviklet mani gjør et mektig inntrykk på omgivelsene på grunn av den voldsomme fysiske uro og aktivitet. Det abnorme i stemningsleiet blir påtrengende for andre. Generelt er stemningsleiet sterkt oppstemt, flyktig og ekstremt labilt med eksplosive og aggressive utbrudd. Den mentale aktiviteten er rask, pasienten kan snakke på rim og tenkningen er usammenhengende. Derfor blir det vanskelig å føre en samtale med pasienten. De fastlåste forestillingene ('vrangforestillinger') blir bisarre, og hallusinoser forekommer selv om disse vanligvis er av relativt kort varighet. Hallusinasjonene harmonerer gjerne med stemningen og tar form av stemmer som forteller pasienten om hans spesielle makt og storartethet. 'Vrangforestillingene' inneholder gjerne forestillinger om storhet, eller de kan av og til være preget av opplevelse av forfølgelse og konspirasjon på grunn av at pasientens spesielle betydningsfullhet ikke blir forstått av andre (Johnson 1989, Gelder et al. 1996). Pasienten kan være desorientert om både tid og sted. Klesdrakten er ofte slurvete, og den personlige hygiene og ernæring blir ikke ivaretatt. Pasienten sover lite, og tilstanden kan ende med kollaps. Tilstanden krever sykehusinnleggelse.

Når det gjelder det *psykologiske innholdet* i maniske tilstander, kan man si at selvaktelsen (tilsynelatende) er stor; alle ting er mulig og følelsen av å være kompetent strekker seg ut i alle retninger. Personen overflommes av planer for dagen, morgendagen og den fjerne fremtid, og han ser ikke ut til å plages nevneverdig av at både tid og ressurser er begrenset. Evnen til introspeksjon er sterk redusert. Ved hjelp av høyt psykisk tempo og lett distraherbarhet makter personen å unngå tanker som står i motsetning til den forserte selvaktelsen. Av dette er det blitt sluttet at den maniske person benytter den primitive forsvarsmekanismen *benektning* i stor grad. Han benekter eksistensen av alle

fakta eller tanker som kunne få ham deprimert. Hans overaktive atferd blir av og til sett på som en *reaksjonsdannelse* mot muligheten av å bli deprimert. Disse to fremtredende forsvarsmekanismer gir personens sterke optimisme og livsmot et visst 'falskt' skjær (ikke i moralsk forstand).

Lidelsesaspektet

Lidelsen i manien er både følbart og observerbar til stede. Gjennom samtaler med pasienter og sykepleiere kommer følgende aspekter ved mani som lidelse frem:

1 Sykdomslidelse: Manien er slitsom både fysisk og psykisk. Under det tilsynelatende glade og lette inntrykket personen gir, ligger en tristhet og sårbarhet. Det hevede stemningsleiet gir ikke ro; inntrykk og assosiasjoner kan bli kaotiske, og verden kan oppleves som fraksjonert og vanskelig å forstå. Det er slitsomt å holde de depressive understrømmene i sjakk med manisk overaktivitet. Depressive innslag i manien oppleves som et paradoks, og en annen side ved dette 'lidelsens paradoks' er at andre opplever og vurderer en som syk, mens man selv på det bevisste plan opplever seg storartet. Å leve på 'høygear' med stor fart og dårlige bremses kan gi en følelse av å være fanget i en forvirrende impulsivitet. Tankene lever sitt eget ukontrollerte liv, og personen henger liksom på slep.

2 Eksistensiell lidelse: Hos en del pasienter kan man ane en slags forelskelse i livet med dets høyder og dybder. Samtidig finnes en tristhet knyttet til brutte forhåpninger i forhold til et liv som ikke ble slik man ønsket. Noen sliter med tanken om de skal få barn eller ikke: Tenk om barnet kommer til å få de samme plagene - eller blir skadet av medikamentene som brukes? Man kan oppleve seg naken og forsvarsløs i sin selvavsløring fordi man har lite forsvar mot alt som strømmer på av ytre inntrykk og indre impulser. Eksistensiell ensomhet kan erfares med tyngde. Det kan være vanskelig for andre å forstå ens kamp med et følelsesliv som i perioder er uregjerlig. Lindholm (1997, s.213) benytter begrepet *livslidelse* om det som her kalles eksistensiell lidelse. Hun sier: "En dyp livslidelse kan innebære en trussel mot ens totale eksistens... Å ikke bli sett, hørt eller forstått er en livslidelse, en brist på å bli bekreftet som menneske." Nettopp denne opplevelsen kan være nærliggende hos maniske mennesker hvis de blir behandlet eller møtt på en skjematisk, prosedyreorientert måte. Barker (1994) mener at det hos mange maniske personer finnes en følelse av at man ikke har kontroll i forhold til sine handlinger som er frembrakt av sykdommen - noe som i sin tur kan gi en opplevelse av maktesløshet og

fatalisme. Ettetanker omkring den negative selveksponeringen i maniske perioder kan føre til sosial tilbaketrekning og isolasjon som en konsekvens av antatt sosial stigmatisering.

3 Lidelse som følge av sykepleie og behandling: Lindholm (1997, s.212) hevder at lidelsen i sykepleien finnes primært i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Den største lidelsen ligger i savnet av en virkelig relasjon - en relasjon som oppleves som uverdigg, ikke-delende og kjærlighetsløs. Behandlingslidelsen kan dreie seg om å bli frattatt følelser og påført plagsomme bivirkninger (ved medikamentell behandling), og å bli angrepet i sin autonomi gjennom skjerming, grensesetting og tvangsbehandling kan bli en tilleggslidelse som følger behandlingssituasjonen. Barker (1994) hevder at hvis personalet ikke er opptatt av de menneskelige reaksjonene på sykdommen, men i stedet ensidig fokuserer den 'medisinske sykkelighet', vil pasienten miste muligheten til å bearbeide sykdommens konsekvenser i dagliglivet.

Lidelsen melder seg også i ettertid, som en slags sosial og personlig *etter-slått* - hvor tvilen på egen kapasitet og egenverdi oppstår som følge av bevisstheten om hva man har gjort/har vært i stand til å gjøre i den maniske fasen. Når man senere blir konfrontert med egen atferd under den maniske fasen, vil ofte anger, skam, tvil, skyld og fortvilelse oppstå - og i enkelte tilfeller kan selvmord bli resultatet. Å skulle forsones seg med at også den maniske symptompresentasjonen er en del av en selv - en kapasitet man har - kan være tungt å bearbeide. Lidelsen forsterkes av personens antagelse om at denne atferden også farger omgivelsenes innstilling til en selv i lang tid etter at det maniske syndromet har blitt borte. Det vil kunne gi personen manglende mot til å gjenoppta kontakt - med isolasjon og selv-tvil som følge.

Noen forklaringsmodeller

Psykodynamiske modeller om mani betrakter tilstanden som forårsaket av tap eller tapsrelaterte konflikter hvor personen forsøker å unngå depresjon - og/eller tap av superegos kontroll. Det er imidlertid urimelig å tro at en fullt utviklet mani bare kan forklares psykologisk som en benektet depresjon. Når det gjelder lettere og kortvarige hypomaniske faser, hevdes det at de kan tolkes slik (Cullberg 1988, s.109).

Undertrykkingen av depresjon og tilhørende følelser er det som er det felles psykologiske bilde ved hevet stemningsleie. Denne benektning er, på tross av euforien, et forsvar mot en underliggende følelse av tristhet, depresjon og en underliggende lav selvaktelse. I psykodynamisk terminologi instisterer ego på at

alt er bra, at det ikke er noe tap eller skade. Den begrensning og kontroll som superego vanligvis utøver er overvunnet, og personen føler seg omnipotent. Personen lider av problemer som er forbundet med massiv benektning av depresjon (Dixon 1981). Personen har overfladiske mellom-menneskelige forhold og vansker med å ha tillit til andre. Det som skaper problemer, er manipulasjon av mennesker rundt ham, uttalt uavhengighet og ensomhet - og en følelse av makt og omnipotens. Under ligger angst og depresjon som presser mot overflaten - og som han derfor må tildekke og undertrykke for å oppleve kontroll over situasjonen (Murray & Huelskoetter 1991, s.516).

Fra et *læringspsykologisk synspunkt* kan en del av den maniske persons atferd skyldes høy forsterkning og utslukning av 'inhibition' (hemningsmekanismer). Dette kan synes plausibelt i forhold til en del trekk som blir vedlikeholdt av sosiale forsterkere (Lyttle 1986, s.168).

Videre pekes det på at det kan være en *biologisk basis* for manisk-depressiv lidelse - slik som forstyrrelser i omsetningen av transmittersubstanser (signalstoffer) i hjernen, hormonelle forstyrrelser og en genetisk disposisjon for utvikling av lidelsen (jfr. Hilty et al. 1999, Dahl et al. 1994, Cullberg 1988).

Andre forklaringsmåter knytter seg til *faktorer i omgivelsene*. Cullberg (1988, s.310) peker på at det ved første gangs sykdomstilfelle ofte har vært en stressende ytre hendelse (tapsopplevelse eller familiekonflikter). Kliniske erfaringer taler for at maniske tilstander utløses dels av biologiske og dels av psykologiske årsaker. Stress-sårbarhetshypotesen (Zubin & Spring 1977), som opprinnelig ble utformet på basis av schizofreniforskning, er en interessant og fruktbar modell for å forstå noen av årsakene til mani. Hypotesen antar at sykdomsforløpet dels påvirkes av balansen mellom individets sårbarhet og ytre stressfaktorer - og dels av individets evne til å håndtere konsekvensene av sykdommen. Det siste vil blant annet være avhengig av arbeid og sysselsetting, opplevelse av meningssammenheng samt den støtte vedkommende har i sitt nettverk - noe som samlet vil fungere som beskyttelsesfaktorer (jfr. Cullberg 1991). Sårbarheten kan være biologisk betinget (f.eks. genetiske forstyrrelser i omsetningen av transmittersubstanser eller hormonelle forstyrrelser), og/eller inngå som en del av personlighetsstrukturen (f.eks. utadrettet personlighet, ukritisk innstilling eller relativisert holdning til normer og verdier). Ytre stressfaktorer kan være mangel på støtte i nærmiljøet, og savn av et trygt sosialt nettverk. Pasienter som blir innlagt med diagnosen mani, kan ha vært utsatt for stressende situasjoner (oppsigelse fra arbeidet, stor arbeidsbelastning, gjennomgått en større operasjon, skilsmisse o.l.) - selv om dette ikke alltid er tilfellet.

Holdninger og handlinger

Hvor omfattende lidelsen blir for pasienten, vil være avhengig av i hvilken grad personalet makter å forstå manien som fenomén og deres evne til å nærme seg pasientens selvforståelse og opplevelse av sin situasjon. For å dempe lidelsen vil det være nødvendig med både empatisk innlevelse og faglig innsikt i forhold til hvilke tiltak som kan hjelpe pasienten gjennom en turbulent periode i hans liv med en opplevelse av størst mulig verdighet og integritet i behold.

I det følgende skal oppmerksomheten rettes mot hvordan postpersonalet best kan møte den maniske pasients behov for omsorg og pleie under opphold i institusjon. Grunnlaget for den anbefalte praksis er en holistisk og humanistisk tilnærming til pasientens situasjon.

Det koster mye personlig for hjelperen å være vitne til et menneske som er manisk - i alle fall er det vanskelig å forholde seg nøytral og upåvirket. "På sett og vis blir man trukket inn i den andres sinnstilstand, og jeg blir helt dirrende selv," sier en av sykepleierne om sine reaksjoner i skjermings-situasjon med en manisk pasient. Ikke sjelden opplever man seg provosert av pasientens væremåte, og hans tendens til å peke på utilstrekkelighet hos hjelperen. Wilson & Kneisl (1996) peker på en del reaksjoner som maniske personer skaper hos hjelperen som det er verdt å merke seg, fordi bevisstheten om disse reaksjonene kan bidra til å skape et sikrere grunnlag for å møte pasienten på en produktiv måte. Reaksjonene kan dreie seg om irritasjon over pasientens krevende atferd, at man føler seg lurt og utmanøvrert, at man på grunn av pasientens ros får tanker om at man selv er den eneste som kan hjelpe pasienten, og at man blir ergerlig når kollegaer påpeker pasientens manipuleringstendens. Dessuten kan man få problemer med å innta en objektiv holdning til pasienten, fordi man på emosjonelt og empatisk grunnlag blir uenig med kollegaer om hvordan man skal møte pasientens manipulering. I tillegg kan man bli usikker og sint når pasienten stadig provoserer etablerte grenser - eller man kan trekke seg tilbake og unngå pasienten for å slippe unna opplevelsen av forlegenhet eller tvil på seg selv som hjelper.

På bakgrunn av disse reaksjonene som pasienten kan skape hos personalet, kan man si at både den pertentlige, regelstyrte personer - og de som har vansker med å sette grenser - vil finne det problematisk å arbeide med maniske pasienter. God kunnskap om lidelsen og dens ytringsformer sammen med faglig veiledning, er nødvendig for å skape forståelse for pasientens behov og hvilke tiltak som gjør den maniske fasen kortest mulig.

Mål for arbeidet/samarbeidet:

- 1 At pasienten støttes gjennom den maniske perioden uten varige skader (jfr. Løkensgard 1995)
- 2 At pasientens stemningsleie og atferd er preget av moderasjon og relevans i forhold til situasjonen
- 3 At pasienten utvikler en realistisk selvvurdering
- 4 At pasienten i mellom-menneskelige samvær opplever gode relasjoner uten manipulering av andre
- 5 At pasienten har et gjennomarbeidet og meningsfylt forhold til sykdomsopplevelsen og makter å inkludere den i sin selvforståelse og livsopplevelse

Foruten disse langsiktige målene er det nødvendig å formulere *kortsiktige mål* som samsvarer med pasientens aktuelle behov. Allment kan følgende mål være relevante:

- a At pasientens kommunikasjon er forståelig og adekvat i situasjonen
- b At pasienten makter å uttrykke sinne og fiendtlighet på en akseptabel måte, og at atferden i økende grad blir effektiv i forhold til å ta vare på egne behov - samtidig som andres behov tilgodeses
- c At forholdet til personalet, familie og andre er samarbeidsorientert
- d At pasienten selv tar vare på personlig hygiene, andre helsevaner og medisininntak
- e At pasienten makter å gjennomføre oppgaver og gjøremål på en konsentrert måte uten å la seg distrahere av stimuli i omgivelsene (jfr. Murray & Huelskoetter 1991)

I Orienteringsfasen

Pasienten kommer ofte til behandling i institusjon mot sin egen vilje. Dette reiser både faglige og etiske utfordringer. De *faglige utfordringene* dreier seg om å kunne møte pasienten og hans behov på en måte som lindrer hans lidelse, tar vare på hans personlige og sosiale integritet og som fremmer hans helse. Man søker å redusere varigheten og alvorlighetsgraden i episoden og føre ham tilbake til normal fungering så raskt som mulig. De *etiske utfordringene* handler om å uforme en praksis som reflekterer en etisk bevissthet hos hjelperne der prinsippene om autonomi veies mot genuin og ønsket paternalisme (jfr. Wullf et al. 1990), og der praksis styres av velgjørenhets- og ikke-skadeprikket. Det vil kreve både klokskap og omsorg av hjelperen å bruke kontinuumet autonomi - genuin paternalisme på en fleksibel måte, samtidig som det alltid vil være en spenning mellom autonomiprinsippet og hjelperens forpliktelse til å vise omsorg

for pasientens velferd (Hummelvoll 1995, s.67). I konfliktfylte situasjoner vil en etisk forsvarlig praksis forutsette at hjelperen har utviklet en moralsk sensitivitet (Lützèn 1993) som hjelper sykepleieren til å handle ut fra empatisk forståelse for pasientens behov og situasjon.

Vurdering: I møte med den enkelte pasient må man søke å få frem det særegne i hans situasjon. Selv om man mener å kjenne pasienten godt gjennom tidligere innleggelse, er det viktig å finne pasienten der han er nå, fordi viktige erfaringer er gjort i den mellomliggende perioden. Følgende forhold bør undersøkes og vurderes:

- *Årsak til innleggelse:* Hva oppfatter pasienten som årsaker til innleggelsen? Hva forteller innleggende lege og pårørende?
- *Helseproblemer:* Hva slags helseproblemer presenteres? Hvordan er hans allmenntilstand?
- *Tanke- og følelsesliv:* Hvilke tanker og følelser har pasienten i forhold til sin situasjon?
- *Personlig hygiene og ernæring:* I hvilken grad makter pasienten å ta vare på sine grunnleggende behov? Hvilke behov er utilfredsstillende dekket på disse områdene?
- *Familie og nettverk:* Hva er pasientens familiesituasjon? Hvordan er hans sosiale nettverk? Har han vært utsatt for tap i forhold til familie og nettverk? Har han utsatt familien for sosialt belastende adferd? Hvordan opplever familien sin egen og pasientens situasjon og problemer?
- *Yrkesaktivitet:* Er pasienten i arbeid? Hvilke virkninger har hans tilstand hatt på forholdet til utføring av arbeidsoppgaver og i forhold til arbeidskollegaer?
- *Medikamentbruk:* Bruker pasienten medikamenter? Lithium eller nevroleptika? Hva er blodverdiene? Når ble undersøkelsene foretatt?
- *Økonomi:* Hvordan er pasientens økonomiske situasjon? Har han foretatt disposisjoner som er til skade for sin egen eller familiens økonomi?
- *Sykepleierens egne reaksjoner:* Hva opplever du i relasjonen til pasienten? Hva slags følelser får du i møte med pasientens væremåte? (Jfr. Murray & Huelskoetter 1991)

Etablering av kontakt og kommunikasjon: Det er en klar fordel om sykepleien organiseres slik at det er én sykepleier (primærsykepleier) - eller én primærgruppe - som er hovedansvarlig for å planlegge, gjennomføre og evaluere arbeidet med den maniske pasient. Det totale behandlingsopplegg må skje gjennom tverrfaglig samarbeid - og opplegget må sikres konsistens gjennom å

etablere en felles tenkning om arbeidet som kan gi felles holdninger i møte med pasienten som resultat.

Tilsynelatende er det lett å få kontakt med den maniske pasient. Han er lett å snakke med og kan spre en humoristisk atmosfære. Imidlertid merker man raskt at stemningsleiet er forsert, at følelsene er labile, og at personen har vansker med å kontrollere sin tankeverden. I alle former for mani er introspeksjon lite fremtredende, og det kan se ut som om den maniske pasient unngår refleksjon - og er mer opptatt av språklyder enn av mening i sin tenkning og tale (Johnson 1989, s.394). Hans tankestrøm er preget av raske assosiasjoner (idéflukt) og av at han 'leker' med ord og ordkombinasjoner. På mange måter kan dette forholdet ligne på de frie assosiasjoner som skapes av ubevisste tanker og følelser.

Kommunikasjon med en manisk pasient fremmes ved sykepleierens evne til å lytte til hva pasienten formidler verbalt og nonverbalt - fordi pasienten har et så høyt psykisk tempo at det kan det være vanskelig å følge hans tankebaner. Avgjørende for alliansebyggingen er at man prøver å få med seg ordene og sortere hvilken mening pasienten søker å uttrykke. På grunn av at oppmerksomheten lett distraheres, bør kommunikasjonen være preget av korte og enkle setninger og med et innhold som er her og nå-orientert. Dette bidrar til å hjelpe pasienten å holde fast på et tema eller tanker. Upassende verbale ytringer bør ikke forsterkes ved å bruke tid og oppmerksomhet på disse. Når man i situasjoner likevel velger å reagere på og kommentere disse ytringene, gjøres det erfaringsmessig best på en saklig og rolig måte uten å klandre ham. Argumentasjoner bør unngås. Det er viktig at sykepleieren gjennom sine gjensvar og holdninger eksemplifiserer hvordan følelser kan uttrykkes og håndteres (modell-funksjon). Episoder preget av rasjonalitet bør bemerkes og omsorgsfullt støttes. Dessuten bør han oppmuntres til å forsøke å lytte til hva som sies til ham - og søke å rette hans oppmerksomhet mot de virkninger som hans ytringer og atferd har på andre.

Sykepleierne som er intervjuet poengterer betydningen av å unngå å opptre med en kommanderende væremåte og uttrykksform som oppleves provoserende og autonomikrenkende - og dermed kan resultere i aggressive reaksjoner. Erfaringsmessig er derfor rolig stemmebruk å foretrekke fremfor en høyrøstet og krevende tone. Pasientens selvaktelse er sårbar, og derfor er det viktig å påse at pasienten ikke blir møtt med dominering og utsagn som oppfattes som forringelse av hans person. Når pasienten opplever at sykepleieren vil ham vel og ikke går inn i argumentasjoner eller gjør noe som oppfattes som en

nedverdiggelse, vil noe av pasientens angst reduseres, og selvaktelsen bevares bedre. Rolig overtalelse eller forslag når best frem.

Skjerming: Skjerming innebærer at et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø - og inneholder elementer av grensesetting, struktur og stimulusbegrensning (uten å være depriverende). Målet med denne metoden er å hjelpe pasienten til på nytt å fungere samlet og gjenvinne autonomi og kontroll over seg selv og sitt forhold til sine omgivelser (jfr. Lorentzen et al.1984). Nettopp dette målet er sentralt for maniske pasienter. Under den akutte fasen er det nødvendig å minske stimulusnivået så mye som mulig på grunn av at pasienten er sensibel, overaktiv og kaotisk. Følgelig må man vurdere graden av skjerming (full/delvis skjerming eller tett oppfølging fra en i personalgruppen) og hvilke aktiviteter og fellesskapssituasjoner han er i stand til og tjent med å delta i. Dette kan innebære at pasienten holdes atskilt fra medpasienter visse tider av døgnet i skjermede omgivelser sammen med personalet. Skjerming vil da kunne fungere som en 'time-out' for ham og gi mulighet for bedre situasjonsoversikt for pasienten og slik sett styrker hans egofunksjoner. Under skjerming fungerer primærkontakten - og andre som deltar (ikke mer enn 2-3 forskjellige personer per vakt) - som et '*hjelpes-ego*'. Det betyr at man i størst mulig grad søker å stabilisere pasientens fragmenterte ego og støtte opp om egofunksjonene. For en periode vil derfor hjelperen ha en viktig brobyggerfunksjon mellom pasientens indre kaotiske verden og den ytre virkelighet (Lorentzen 1984, s.208). Dette forutsetter at hjelperen makter å tolke pasientens behov og kompensere for pasientens uro og forvirring ved å opptre rolig og å ha tilstrekkelig situasjonsoversikt. Det er viktig at hjelperen støtter opp om pasientens forsøk på å skape orden i alle inntrykk og indre impulser ved å hjelpe ham til å sortere tanker og opplevelser. Varigheten og graden av skjerming må vurderes på bakgrunn av pasientens evne til impulskontroll, grad av realitetsbrist og tendens til å bli overstimulert.

Å bidra til å opprettholde et terapeutisk miljø under skjermingen er en viktig personaloppgave. Dette innebærer blant annet at lydnivået holdes lavt på skjermingsenheten, fargene i rommet bør være nøytrale og belysningen gjerne myk og indirekte. Rolig, dempet musikk kan anvendes for å skape en avslappet atmosfære før pasienten skal hvile eller sove. Ellers bør radio og CD/kassettpiller bare brukes etter vurdering av hvor mye ekstra stimuli pasienten tåler. Rommet bør være oversiktlig og ha god plass mellom møblene.

Pasienten kan trenge noe å aktivisere seg med under skjermingen. Tegning og skrijving kan være egnede aktiviteter som gir pasienten anledning til å utfolde det

han er opptatt av, samtidig som det gir mulighet til å konsentrere oppmersomheten. Erfaringsmessig ser man at mange pasienter liker å holde på med papir og blyant. Gjennom tegningene kan man lese noen av pasientens behov som han ellers ikke klarer å verbalisere. Tegningen kan gi holdepunkter for hva som er viktig for pasienten i hans aktuelle situasjon.

Personlig hygiene, ernæring, søvn, hvile: På grunn av pasientens ekstreme travelhet har han liten tid til å ta vare på personlige hygiene og fysiske behov som søvn, ernæring, væsketilførsel og eliminasjon. Et minstemål av personlig hygiene trengs for å sikre og støtte selvaktelse og sosiale interaksjoner (Wilson & Kneisl 1996).

Den maniske person kan bli både obstipert og dehydrert. Disse problemene kan oppstå på grunn av hans tendens til å undertrykke trangen til avføring og av at han ikke tar seg tid til å drikke og spise tilstrekkelig. På grunn av det høye energiforbruket er det viktig at pasienten får hjelp til ernæring ved at han blir tilbudt lett tilgjengelig og kaloririk mat - som eventuelt kan spises i farten (Lyttle 1986, s.176) hvis pasienten er meget rastløs. Maten (inkludert frukt) bør være jevnlig tilgjengelig inne på pasientens rom i den mest aktive maniske perioden - på grunn av hans lette distraherbarhet. Vann og annet drikke bør tilbys hver time i og med at væsketapet øker med overaktiviteten. Får pasienten lithium, bør det daglige væskeinntaket være på minimum 3 liter. Her er det også viktig å være klar over at det er en økt urineringsstrang som følge av lithiumbehandling. Imidlertid kan pasienten være for opptatt til å ta hensyn til dette, og urinretensjon kan bli en følge. Derfor må det vurderes om drikkeliste skal føres.

Pasienten må oppmuntres til å sette seg ned for å hvile mellom alle sine fysiske aktiviteter - selv om det bare blir for en kort periode for å hindre utmattelse. Det er gunstig om sykepleieren setter seg rolig ned sammen med ham. Er pasientens aktivitetsnivå meget høyt over lengre tid, må hjerteaktivitet og blodtrykk kontrolleres for å observere eventuelle tegn til sirkulasjonssvikt. Medikamentell behandling vil vanligvis være nødvendig for å fremme hvile.

Den overaktive pasient er for rastløs til å sove. I den grad han sover om natten, vil han våkne tidlig og føle seg full av energi og med trang til å sette i gang med ny virksomhet. Tankeaktiviteten fortsetter for fullt også om natten, og tiden som tilbringes i sengen kan oppleves som bortkastet. Det er en fare for fysisk utmattelse hvis tilstrekkelig søvn ikke sikres. Pasienten vil selv ignorere utmattelsessignalene fra kroppen og kan fortsette å presse seg utover de sikre grensene. Pasientens rom bør være godt ventilert, og et svakt nattlys vil kunne

reduere persepsjonsforstyrrelser. Pasienten bør unngå kaffe eller te like før han skal forsøke å sove. For enkelte kan monoton 'soft music' virke beroligende og fremme søvnen (Murray & Huelskoetter 1991, s.521). Forskning har vist at særlig ved førstegangs mani (med en stressende situasjon som utløsende faktor) kan medikamentelt induisert søvn forkorte varigheten av sykdomsperioden i betydelig grad (Nowlin-Finch et al. 1994).

Medisinering: Pasienten vil gjerne bli behandlet med et nevroleptikum som har en dempende og antipsykotisk virkning. På grunn av at maniske pasienter ofte må ha høye doser for å få den nødvendige dempende effekt (kroppen vil i denne fasen reagere mindre på medisiner), vil det kunne følge en del ubehagelige bivirkninger. Det dreier seg om rastløshet, rigiditet og tremor, tretthet og søvnighet (det sistnevnte er en ønsket effekt) og ufrivillige muskelkramper, særlig i øyne og hals. Bivirkningene forsvinner vanligvis når medikamentet seponeres. I korte perioder kan bivirkningene lettes ved hjelp av antiparkinsonmidler. Hvis derimot medikamentet har blitt gitt i høye doser over lang tid, kan bivirkningene bli irreversible.

En del pasienter får lithium for å kontrollere og forebygge maniske episoder. Man bør være forsiktig med lithium og nevroleptika samtidig (Kringlen 1997, s. 318). Lithium er et grunnstoff som kjemisk er i slekt med natrium og utskilles gjennom urinen. At det er et salt, forklarer hvorfor mange blir mer tørste når de tar lithium. Lithiumbehandling forutsetter at man må måle seruminnholdet ukentlig i begynnelsen, for senere å foreta målingen en gang i måneden hvis lithiumverdien i blodet er stabil (Cullberg 1988). Kringlen (1997, s. 318) hevder at denne behandlingen har best virkning ved hypomane tilstander (ofte av mer langvarig karakter), mens den har liten effekt ved akutt mani. Virkningen av lithium kommer først etter 7-10 dager. Har det ikke skjedd noen terapeutisk virkning innen to uker, bør behandlingen seponeres. På grunn av at lithium kan ha skadelige virkninger på nyrefunksjonen, må man være sikker på at pasientens nyrefunksjon er god før behandling starter. Det er viktig at sykepleierne kjenner til virkninger og bivirkninger av dette medikamentet. På grunn av at lithiumbehandling erfaringsmessig nedsetter både kreativitet og aktivitet i friske perioder - og at nyreskader kan risikeres - vil enkelte pasienter være skeptiske til behandlingen. Derfor er det viktig at denne behandlingsformen drøftes nøye med legen – og at man sikrer at pasienten er motivert (jfr. problemet med 'non-compliance' – Silverstone et al. 1998).

En viktig sykepleieoppgave blir å informere pasient og pårørende om hvordan medikamentet skal tas (samme tidspunkt hver dag - aldri ta dobbelt dose hvis

man glemmer å ta det en dag), om tegn på intoksikasjon og at serumverdiene i blodet skal måles jevnlig. Det bør også advares mot å bruke alkohol i kombinasjon med medisiner, fordi virkningen både av alkohol og medikamenter blir forsterket (Bloch Thorsen 1990). Som nevnt foran er det viktig at man prøver å hjelpe pasienten til å sove. Derfor gir man gjerne et søvndyssende medikament i den akutte fasen (antihistaminer eller høydosenevroleptika).

II Arbeidsfasen

Denne fasen er preget av at alliansen med sykepleieren har utviklet seg slik at pasienten gradvis kan delta mer aktivt i planleggingen av sykepleien, noe som forutsetter at overaktiviteten er dempet. Planleggingen kan dreie seg om å prøve å 'reparere' økonomi, sosiale kontakter eller forhold i arbeidssituasjonen som har blitt vanskelig pga. den maniske atferden. Derfor kan det bli aktuelt å ta kontakt med kreditorer, arbeidsgiver, venner ol. for å omgjøre uheldige økonomiske disposisjoner eller å klargjøre misforståelser som er forårsaket av den maniske atferden.

Etablering av en allianse: Grunnleggende for dannelse av en allianse med pasienten er at personalet ved mottagelsen møter ham korrekt og med respekt for hans integritet. Dette innebærer at man forsøker å unngå tvangstiltak som f.eks. tvangsmedisinering og beltelegging - hvis det ikke er absolutt nødvendig - for å unngå ytterligere krenkelse av hans integritet. For sykepleieren som skal ha ansvar for å følge opp pasienten, er det viktig å vise at man er trygg i situasjonen som pasienten kan oppleve kaotisk. Nettopp dette er utfordrende fordi man er sammen med et menneske som trekker en med i sitt impulsredne kraftfelt. Ofte kan man observere at når pasienten sitter, er kroppen fremoverbøyd som om han er på spranget etter noe, og man er usikker på hva som følger. Det er lett å bli smittet av denne spenningstilstanden. Makter sykepleieren å bevare trygghet og en indre visshet om at hun kan håndtere situasjonen, vil hennes oversikt og trygghet gradvis influere positivt på pasientens angst og orienteringsevne. Når pasienten selv ikke makter å styre seg selv og sine behov, må sykepleieren handle på pasientens vegne, og handle ut fra prinsippet om hypotetisk samtykke (dvs. at pasienten i ettertid ville ha samtykket i handlingen). Det er både en faglig og etisk vurdering som må gjøres når man skal bestemme om man skal overta styringen på pasientens vegne (genuin paternalisme). Målet er at pasienten ikke skal skade seg selv, sitt omdømme eller andre. Erfaringsmessig slapper en del pasienter av når avgjørelsen om at personalet temporært tar over styringen først er fattet.

Alliansen utvikles ved at sykepleieren viser seg som en hel og tydelig person som er forutsigbar. Å fremstå som en person pasienten kan forholde seg til, forutsetter at man ikke skjuler seg bak en slags uniformert profesjonalitet av frykt for å bli avslørt i sin usikkerhet. Er man usikker om man kan etterkomme noe pasienten ber om, kan man trygt si det og be om 'time-out', fordi man må drøfte spørsmålet med en kollega. Å være tydelig kan blant annet innebære å våge å være uenig med pasienten og begrunne uenigheten kortfattet, eller også at man støtter fullt ut det man er enig i. En vesentlig oppgave for primærkontakten er å være en emosjonell stabilisator i situasjonen ved at man ikke lar seg drive med av pasientens skiftende stemninger og impulser, samtidig som man empatisk viser forståelse for det pasienten sliter med: å ha konstant dårlig tid og ikke rekke med alt som skulle vært gjort.

Alliansen fremmes videre ved å vise ekte interesse for pasientens liv. Dette demonstreres klart gjennom at pleien og behandlingen individualiseres og tilpasses de behov det er rimelig at pasienten får dekket under oppholdet.

Utforming av kontrakter: Pasientens forserte selvfølelse og økte selvsikkerhet - kombinert med idéflukt - gjør at det ofte er vanskelig i den akutte fase å argumentere frem fornuftmessige løsninger på ulike problemer. At pasienten opplever seg som svært betydningsfull, gjør at han betrakter det som sin rett å bryte inngåtte avtaler eller regler og rutiner som gjelder på avdelingen. Tendensen til avtalebrudd forsterkes av pasientens svekkede samvittighetsfunksjon. Dette fører til behov for tydelige regler/avtaler om hva som er tillatt, og at personalet følger opp disse gjennom en entydig og felles holdning i møte med pasienten.

Kontrakter - i form av konkrete, kortfattede skriftlige avtaler primært utformet sammen med pasienten - bidrar til struktur og forutsigbarhet både for pasient og personale. Kontraktene presiserer hva som forventes av pasienten med hensyn til adferd, rettigheter, aktiviteter/døgnrytme, eventuelle tvangsvedtak og grenser. For å understreke ønsket om gjensidighet bør kontrakten også inneholde noen forslag som pasienten selv har formulert. Kontrakten skal være tidsavgrenset og signeres både av primærkontakt, pasient og eventuelt av behandlende lege. Den skal videre evalueres og reformuleres jevnlig. Kontrakten gjøres kjent for det øvrige personale og må følges opp med forpliktelse. Selv om primærsykepleieren er ansvarlig for kontrakten, er det viktig å sikre 'refereebedømmelse' av kollegaer slik at man sikrer arbeidet mot egne 'blinde flekker'. Disse kontraktene kan gjøre det enklere å holde en stødig kurs i arbeid

med pasienten - samtidig som den fungerer som referanse når diskusjoner oppstår.

Grensesetting: Denne metoden knytter seg til en slags 'oppdragerfunksjon' (følgelig oppleves den ofte krenkende av pasienten) særlig er rettet mot pasientens utagerende atferd, og den markerer hva som er akseptabelt eller ikke (Lorentzen et al. 1984, s. 205). Mange pasienter kan vise en krevende atferd og fremme sine krav på en aggressiv måte når de vil at andre skal oppfylle dem. Det er viktig at man forholder seg til pasienten på basis av hans behov og ikke på grunnlag av hans krav (Murray & Huelskoetter, s.520). Avhengig av hans behov (eller hva man anser mest tjenlig) og omstendighetene rundt situasjonen, må personalet vurdere om man skal grensesette pasientene ved å avvise kravet, utsette avgjørelsen eller oppfylle kravet/ønsket helt eller delvis (jfr. Kalkman & Davis, 1974, s.324 ff). Grensesetting forutsetter at sykepleieren er trygg på seg selv og sikker på nødvendigheten av å sette restriksjoner for pasienten. Denne sikkerheten kan vises pasienten gjennom fasthet i stemme og holdning når man må avvise pasientens krav. En fast holdning resulterer erfaringsmessig i større ro fordi pasienten opplever økt trygghet, redusert angst og en følelse av at sykepleieren har omsorg og er i stand til å overta kontroll (Kalkman & Davis 1974, Murray & Huelskoetter 1991). Forklaringen på grensesettingen bør være enkel og direkte uten å invitere til videre diskusjon.

Utsettelse: En måte å møte urimelige krav på er å utsette oppfyllelsen. Sykepleieren lytter til hva pasienten sier på en liketil måte uten å la seg presse til avgjørelse. Utsettelse kan være nødvendig når man er usikker på om man har nok informasjon til å ta en bestemmelse - eller når man er usikker på pasientens virkelige grunner til kravet. Om man sier at dette ikke kan avgjøres nå, men at han vil få svar senere, vil pasienten godta dette svaret. Utsettelse kan også være på sin plass når urimelige krav kommer fra en labil pasient som stadig presenterer nye krav og ønsker. En slik holdning kan forhindre at en situasjon utvikler seg til en maktkamp. I mange tilfeller kan man benytte pasientens lette distraherbarhet ved å lede oppmerksomheten mot et annet emne eller til en annen situasjon.

Oppfyllelse: Enkelte ganger er det både terapeutisk riktig og formålstjenlig i situasjonen å oppfylle pasientens krav, selv om det i andre sammenhenger ikke ville være rimelig. Hvis sykepleieren arbeider med å grensesette en type atferd, kan det være klokt å la andre mindre vesentlige områder passere. Det er ikke

mulig for pasienten å bli fullstendig omgjerdet av restriksjoner på alle områder samtidig. Ved å være noe ettergivende på ett område kan man fremme en mer positiv holdning hos pasienten.

Delvis oppfyllelse: Denne holdningen er anvendbar når man ser at det er umulig å imøtekomme pasientens krav/ønske fordi det er for omfattende. Ønsket kan reduseres i omfang, eller man kan imøtekomme deler av det. På denne måten blir ikke pasienten utsatt for fullstendig avvisning. Hvis kravet er basert på storhetsforestillinger, vil det kanskje være mulig å komme frem til et kompromiss. En pasient som er i stand til å innse at fullstendig imøtekommelse av kravet ikke er tjenlig for ham, vil ha nådd et godt stykke frem mot helbredelse.

Det er vesentlig at grensesetting anvendes med skjønnsomhet, og at den ikke blir benyttet som et mål i seg selv eller som automatiske, ureflekterte reaksjoner. Hvis dette skjer, blir avdelingsmiljøet dehumanisert. For at metoden skal anvendes innen en humanistisk ramme, forutsettes det at personalet har innsikt i maniens fenomenologi og dynamikk, og at de gjennom denne kunnskapen ser betydningen av å etablere ytre orden for å kompensere pasientens indre kaos. Følgelig må grensesetting gjennomføres med vennlig fasthet og empatisk forståelse for hvordan metoden virker på pasientens selvaktelse.

Kontroll av aggresjon: I og med at frustrasjonsterskelen hos den maniske pasient er lav, og at kontrollmekanismen i forhold til aggresjon er redusert, vil man ofte kunne oppleve tendenser til utagerende atferd. I stedet for å snakke om det som oppleves vanskelig, kan pasienten 'flykte' inn i en eller annen destruktiv eller farlig handling. Lego (1996) sier at pasienten må oppmuntres til å ta kontakt med personalet når han føler seg agitert eller sint, for på den måten prøve å omdirigere negative følelser ved å snakke om dem. Dermed kan utagerende atferd avverges.

Utagerende atferd har ofte et element av fiendtlighet til andre i seg, og kan være en meget effektiv måte å kontrollere andre på ved å spre frykt og usikkerhet. Denne atferden bør påpekes for å gjøre ham bevisst på dette og slik gi mulighet til å bedre evnen til impuls kontroll. Når en pasient viser tegn til utagerende atferd, er det viktig med klar kommunikasjon og et nært teamsamarbeid som uttrykkes i en konsistent holdning om at utagerende atferd ikke aksepteres. Man bør uttrykke en klar forventning om at den utagerendes impulser ikke omsettes i handling, dvs. man appellerer til pasientens

egenkontroll. Kalkman og Davis (1974) mener at en plutselig impulsiv frykt hos pasienten kan utløse utagering. Derfor bør man opplyse pasienten om at slike følelser kan oppstå, og derved gjøre ham forberedt til å kunne kontrollere dem hvis de oppstår. Når utagerende atferd inntreffer, er det viktig at personalet gir ekstra støtte til pasienten, og sørger for rask og koordinert intervensjon ved å ta ham bort fra pasientgruppen til mer skjermede omgivelser.

Etter at en kritisk hendelse er over, må pasienten gis anledning til å snakke om hva han opplevde med sykepleieren. Når pasienten viser evne til å gi uttrykk for sinne og irritasjon på konstruktive måter, bør disse oppmuntres ved positive kommentarer.

Aktivisering og miljøarbeid: Den maniske pasient trenger å bli omsluttet av et rolig miljø. Pasienten vil ofte forstyrre miljø og gruppeaktiviteter i sin mest aktive fase. Han vil blande seg inn i, kritisere og raskt trette ut miljøet og skape usikkerhet hos medpasienter. For ikke å legge for mye stress i miljøet, bør derfor pasienten få alternative og stimulusbegrensende opplegg når han er i sin travleste og agiterte fase. Personalet trenger derfor kunnskaper om maniske pasienters manøvreringskunst. Konstruktivt miljøarbeid blir mulig ved at de opptrer samlet. Den ikke-ambivalente, faste grensesettende kontroll er klart å foretrekke overfor maniske pasienter, og man vil ofte erfare at symptomene går relativt fort tilbake (Kringlen 1990, s.402).

Pasienten trenger hjelp til å lede energien vekk fra aggressive og fiendtlige impulser over mot konstruktive aktiviteter, slik som spill og moderat fysisk aktivitet. Dette vil gi utløp for pasientens enorme psykomotoriske energi. Konkurranspregede aktiviteter bør unngås, da disse bidrar til å overstimulere pasienten. Personalet må regulere den tiden pasienten bruker på energikrevende aktiviteter for å sikre at han ikke utmattes. Aktivitetene bør være enkle og lette å gjennomføre.

Gradvis kan man trekke pasienten med i fellesaktiviteter slik som ulike former for gruppevirksomhet. Det forutsetter at pasienten har nådd et nivå hvor sensitiviteten for ytre stimuli er redusert, og at evnen til å konsentrere seg om en aktivitet har bedret seg. En slik deltagelse gir anledning til å fremme pasientens sosiale funksjonsevne og tilpasning til medpasienters behov og reaksjoner. Personalet må regulere den tiden pasienten er sammen med andre ut fra observasjon av hans evne til å tolerere impulsene fra sosial interaksjon. Før pasienten deltar i fellesaktiviteter i miljøet, er det nødvendig å minne ham om de grenser som eksisterer i kontrakten med pasienten (se tidligere), og hvilke konsekvenser som følger ved å bryte avtalen (jfr. Lyttle 1986). Det er også

viktig at sykepleieren demper eventuelle oppmuntringer av den maniske atferden fra medpasienters side.

Familiesamarbeid: På samme måter som ved andre psykiske forstyrrelser påvirkes hele familien av ett familiemedlems lidelse. I forhold til den maniske pasient kan det ha oppstått problemer med hans pengesløsning, impulsive atferd og overaktivitet. Hvis familien mangler kunnskap og forståelse om sykdommen og derfor inntar en sterkt kritisk holdning, skapes det et negativt følelsesmessig klima i familien ('expressed emotion') med anstrengte interpersonlige relasjoner. Dette kan medføre økt stress og skyldfølelse for den maniske pasient - og dermed økt risiko for tilbakefall. Ofte vil det være slik at før familieforholdene kan bedres, trenger både pasienten og familien hjelp til å snakke om de følelser de har som er knyttet til tidligere hendelser. Gamle sår og problemer som er forårsaket av pasientens atferd, glemmes ikke så lett og må bli bearbeidet før et nytt og tillitsfullt forhold mellom familiemedlemmene kan gjenskapes (Murray & Huelskoetter, s.521). I samarbeid med pasientens lege vil primærpsykepleieren være i en sentral posisjon til å kunne arbeide med pasienten og hans familie, drøfte såre følelser og skam og skyld (f.eks. hvis ektefellen har måttet stå som tutor ved tvangsinnleggelse), gjenopprette gjensidig tillit og respekt og fremme en forståelse for hverandres behov.

De pårørende bør informeres om avdelingens program og de retningslinjer som følges i arbeidet med pasienten og hans lidelse. Dernest bør familien få tilbud om å lære mer om pasientens lidelse. Mange vil ha nytte av å gjennomgå et eget informasjonshefte sammen med primærpsykepleier og/eller behandlende lege. Det finnes flere slike hefter som omhandler vesentlige aspekter ved sykdommen og behandlingsformer (Bloch Thorsen 1990, Borell & Rydin 1993). Dessuten vil psykoedukativ behandling være et relevant tilbud til pårørende, fordi undersøkelser har vist at denne systematiske tilnærmingen til familiens og pasientens situasjon bidrar til å styrke deres evne til å forstå det særegne ved lidelsen, og hvordan problemer praktisk kan møtes (jfr. Nilsson 1993).

Psykoedukativ behandling er antagelig noe som bør tilbys etter at pasienten er utskrevet. Det er et tidsavgrenset pedagogisk tilbud som gis til pårørendegrupper. Undervisningen omfatter forelesninger om mani for å øke de pårørendes kunnskaper. Gruppestøtten utnyttes gjennom at deltagerne deler sine erfaringer med hverandre. Hensikten med tilbudet er å lindre pasientens og familiens lidelse og forebygge nye episoder av mani/depresjon gjennom å gi

kunnskaper, forsøke å minske negative følelsesmessige reaksjoner og gi strategier for problemløsning (Nilsson 1993).

Innsiktsøkende tiltak: Den maniske pasient har i den overaktive fase liten evne til introspeksjon og vil derfor benekte problemer. Følgelig vil han heller ikke være klar over at han forsøker å mestre dem på uheldige og usunne måter (Johnson 1989, s.395). Etter hvert som pasienten blir mer samlet og situasjonsorientert, vil det være viktig at han får snakket om opplevelsene han har hatt. Pasienten husker vanligvis godt det som har skjedd under den maniske fasen. Han vil undre seg over hvordan han kunne handle som han gjorde, fordi adferden er så forskjellig fra den han vanligvis er preget av. Er dette meg? I den aktivt maniske fase vil mangel på sykdomsinnsikt, kombinert med en redusert samvittighetsfunksjon og opplevelsen av å være ufeilbarlig, innebære at den sjelelige lidelsen *ikke* er i fokus. Dette aspektet kommer imidlertid frem når han friskner til og blir bevisst hva han har gjort (f.eks. foretatt uheldige økonomiske disposisjoner, eksponert seg negativt på avdelingen) - med opplevelse av skyld og skam som følge. Derfor trenger pasienten tid til å drøfte hvordan han skal få styrket sin helse ved å oppleve seg som en hel og integrert person.

Primærsykepleieren og pasienten vil gradvis begynne å arbeide med hans selvforståelse og øke hans kunnskaper om sykdommen. I denne sammenheng kan det være til hjelp å benytte Hummelvolls sykepleieplan (Hummelvoll 1997) som et innsiktsøkende hjelpemiddel. Arbeidet for å stimulere selvinnsikt forutsetter at primærsykepleieren søker inn mot pasientens tenkning, selvforståelse og situasjonsopplevelse. Sentrale tema i det innsiktsøkende arbeidet blir å få tak i hva pasienten tenker om sykdommens konsekvenser for hans liv, hvordan han vurderer sin egen påvirkningsmulighet i forhold til sin lidelse og å bearbeide hans eventuelle fatalistiske holdning (jfr. Barker 1994). Når den maniske person har dempet overvurderingen av sine egne evner, vil ofte tvil om egen kapasitet og mulighet til egenkontroll over sitt liv melde seg med styrke. Det vil være betydningsfullt for muligheten til å forebygge nye maniske episoder om han makter å inkludere sykdomsopplevelsen som en integrert del av sin selvforståelse, eller om han 'velger' å ekskludere eller forsegle den som en episode som han opplever vesensfremmed, og som derfor egentlig ikke har med hans liv å gjøre - annet enn som noe som rammet ham i en bestemt situasjon.

III Avslutningsfasen

I denne fasen evalueres og oppsummeres arbeidet. Evalueringen dreier seg om hvordan pasienten opplever sin helsetilstand og situasjon. Primærkontakten vurderer følgende aspekter ved pasientens funksjonsnivå: Har hans

psikomotoriske aktivitet og tale blitt mer langsom og regulert? Lar pasienten seg distrahere i mindre grad? Har han en realistisk oppfatning av sine evner og sin kapasitet? Er pasienten mer introspektiv og reflekterert? Makter pasienten å ta hensyn til sine fysiske behov - inkludert søvnbehovet?

I tillegg til denne evalueringen oppsummeres erfaringer knyttet til behandling og samarbeid. Dessuten rettes fokus mot de utfordringer pasienten vil møte i hverdagen. Sentrale temaer er forholdet til familie og nettverk, helseopplysning og hva slags oppfølging pasienten ønsker - og hva primærkontakt og behandlende lege anbefaler. Kontakten med primærkontakt og/eller lege bør fortsette en tid etter utskrivning fra sykehuset i form av polikliniske samtaler.³

Forholdet til nettverket: Det er nødvendig med helhet i behandlingsopplegget som inkluderer samarbeid med familie og fagpersoner i kommunehelsetjenesten - eventuelt også samarbeid med arbeidsgiver, arbeidskollegaer og bedriftssykepleier. Arbeidsgiver kan kontaktes for å bli informert om pasientens situasjon og lidelse, noe som forutsetter at pasienten selv ønsker det. Kontakten med arbeidsgiver er viktig - særlig hvis pasienten har hatt flere maniske perioder som har influert på hans arbeidsevne. En slik kontakt kan bidra til å sikre at pasienten kan beholde sitt arbeid. Kanskje man også kan drøfte muligheten for at arbeidssituasjonen blir tilpasset hans sårbarhet i forhold til å tåle stress. På denne måten kan man skape et sikkerhetsnett rundt pasienten som gjør det mulig for nettverket å reagere tidlig (f.eks. ved å kontakte pasientens primærlege), og slik sørge for at han får hjelp før problemene utvikler seg til å bli uhåndterlige for ham selv, familien og arbeidsgiver.

Pasienten kan også ha behov for å drøfte hvordan han skal forholde seg til den negative selveksponering som kan ha skjedd under den maniske fasen f.eks. i forhold til naboer, arbeidskollegaer og venner. Mange kvier seg for å ta kontakt med disse igjen og trenger å klargjøre strategier for å gjenoppta kontakten.

Helseopplysning og rådgivning: Helseopplysningens mål er å bidra til at pasienten får relevant kunnskap om sykdommen og de faktorer som man antar kan utløse en manisk episode. For å kunne vite hvordan denne kunnskapen skal brukes, er det nødvendig å kjenne pasientens oppfatning av hva som er et godt liv for ham. For noen vil den hypomane fasen være en produktiv og attraktiv

³ For nærmere utdypning om arbeid med maniske personer på kommunalt nivå, henvises til Hummelvoll J.K. (1997). Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie. s. 190 ff.)

tilstand (jfr. pasienterfaringen foran) som er høyt verdsatt, og som man ønsker å beholde fordi den beriker livsopplevelsen. Likevel vil man anbefale en livsførsel som er rimelig velregulert med en fast døgnrytme, tilstrekkelig søvn og med særlig vekt på å unngå ekstrabelastninger i arbeidssituasjonen. Generelt bør 'livsstress' senkes fordi det øker risikoen for tilbakefall. Opplevs slikt stress, kan det være nyttig å søke hjelp hos sin primærlege eller den lokale psykiatriske sykepleier for å snakke om situasjonen. Erfaringsmessig øker risikoen for tilbakefall ved store og vanskelige livshendelser, slik som dødsfall av et menneske som står en nær, skilsmisse, tap av arbeid o.l.

Pasientens opplevelser under den maniske perioden bør bli bearbeidet videre og satt i perspektiv slik at opplevelsene blir integrert i pasientens bevissthet, og slik at de nedfeller seg som en erfaring han kan dra nytte av. Derved kan han bli mer fortrolig med signaler og symptomer på at en manisk fase er under utvikling, og prøve å regulere livssituasjon og aktivitetsnivå selv eller søke tidlig hjelp. Rådgivningen bør fokusere på *tidlige tegn* på at en manisk fase er under oppbygging (dvs. symptomgjenkjenning), og hva han kan gjøre for å lære seg å håndtere de faktorene som erfaringsmessig skaper stress. Sammen med pasienten og pårørende kan primærpsykepleieren drøfte hva som hendte ukene eller månedene før siste maniske episode. Har man flere episoder å se tilbake på, bør man lete etter fellestrekk i disse før sykdommen inntrådte. Tegnene vil ofte være de samme fra én episode til den neste, mens de vil være annerledes enn de som inntreffer før en depressiv periode (jfr. Borell & Rydin 1993). Disse tegnene kan dreie seg om forandringer i interesser, søvnmønster, samtaleemner, matvaner o.l. Sammen med pasient og pårørende vil det være klokt å skrive ned varseltegnene og i tillegg klargjøre hva som skal skje neste gang disse signalene blir synlige.

Metode

Den foreliggende studie er en del av *Prosjekt Undervisningsavdeling*, som er et fireårig forsknings- og utviklingssamarbeid mellom Høgskolen i Hedmark, Avdeling for sykepleierutdanning og et psykiatrisk sykehus – nærmere bestemt 'Akuttposten'. Hensikten med Prosjekt Undervisningsavdeling er tredelt: 1. Systematisk programutvikling og forskning, 2. videreutvikling av personalets kompetanse og 3) å gi helse- og sosialfagstudenter et fruktbart læringsmiljø (jfr. Fag og Forskning for Fremtidens Helse 1998, s. 66). I denne studien er det først og fremst videreutvikling av personalets kompetanse som fokuseres – sammen med programutvikling knyttet til Akuttpostens omsorgs- og behandlingstilbud til maniske pasienter.

Kontekst: Akuttposten, som studien er gjennomført i, har 22,6 stillinger (fire psykiatriske sykepleiere, ni sykepleiere, fem hjelpepleiere og fire assistenter). Antall år på posten varierer fra et halvt til 13 år. Postens medisinske personell består av en avdelingsoverlege, to assistentleger (80%), en sosionom, en halv stilling for aktivtør og legesekretær.

Posten har plass til ti pasienter. Den skal ta seg av, vurdere og behandle mennesker med akutte behov for psykiatrisk spesialistkompetanse, og skal i samarbeid med en annen akuttpost dekke den lovpålagte øyeblikkelig-hjelpfunksjonen i fylket. Pasientene har en bred alderssammensetning og er for det meste preget av mennesker som er i en krisesituasjon med hovedsakelig psykotiske reaksjoner – hvorav stemningslidelser utgjør en vesentlig del.

Akuttfunksjonen medfører at man må sørge for å ha plass for nye hjelpetrengende pasienter. Pasientsirkulasjonen er følgelig relativt stor. I og med at inngangsterskelen er høy, vil de pasientene som kommer oftest ha et uttalt omsorgsbehov på grunn av den komplekse psykososiale problematikk de presenterer.

Design: Det overordnede design for hele forsknings- og utviklingssamarbeidet, og som også gjelder for den foreliggende studie, er handlingsorientert, hermeneutisk aksjonsforskning. I og med at det tema som skulle studeres er lite utforsket både i psykiatrisk forskning og i psykiatrisk sykepleie, ble designet ytterligere presisert til å være beskrivende, utforskende og kvalitativt.

Hensikten med *handlingsorientert forskning* er å gripe fatt i problemstillinger i praksisfeltet som man ønsket belyst for å komme frem til en kvalitativt sett god sykepleie, omsorg og behandling for psykiatriske pasienter (i denne studien: mennesker med manisk lidelse). Det sentrale kjennetegn for en slik tilnærming

er en forskning for praksis, i praksis og sammen med de som utøver praksis. Det teoretiske fundament ligger i en *humanistisk orientering*. Når man på dette grunnlag går inn i et forskningssamarbeid betraktes personalet i forskningsfeltet (Akuttposten) som *selv-bestemmende*. Med det menes at personene:

are authors of their own actions – to some degree actually, and to a greater degree potentially... their intentions and purposes, their intelligent choices, are causes of their behavior. One can do research on persons in the full and proper sense of the term only if one addresses them as self-determining, which means that what they do and what they experience as part of the research must be to some significant degree determined by them (Reason 1994, s. 326).

I et slikt forskningsopplegg blir derfor personalet på Akuttposten involvert i forskningen som med-forskere, og forandringer i praksis skjer parallelt med forskningen. Det forutsettes at aksjonsforskerne klargjør sine forutsetninger, dvs. de antagelser som man gjør om den studerte virkelighets natur,⁴ om forskningstilnærmingen, kunnskapsinteressen og endelig de forskningsspørsmål man har til hensikt å studere. Temaet for forskningen bestemmes sammen med de øvrige deltagere (med-forskerne).

Fasene i det handlingsorienterte forskningssamarbeid (jfr. Reason 1994)

Fase 1: Forskeren og med-forskerne (personalet på Akuttposten) enes om forskningstema og identifiserer noen tentative problemstillinger. Med-forskerne kan velge å utforske enkelte aspekter ved deres erfaringer, de kan enes om å prøve ut i praksis bestemte ferdigheter, metoder eller tilnærminger, eller å endre rammene for sin praksis. Man enes også om hvordan man skal observere og rapportere egne og andres praksiserfaringer. I denne fasen anvendes primært anbefalt kunnskap (propositional knowledge).

I den aktuelle studien var temaområdet mani som fenomen og lidelse.

Forskningsspørsmålene er presisert i introduksjonskapitlet.

Gjennom ukentlige undervisningstimer (fra september 1999 til juni 2000) ble personalet utfordret til å *reflektere* over sitt arbeid med maniske pasienter, samtidig som ny kunnskap ble introdusert og diskutert (undervisningsopplegget utdypes under overskriften Intervensjon). Deltagerne valgte som teoretisk grunnlag Hummelvolls forståelse av mani som fenomen og lidelse (Hummelvoll

⁴ Hvordan den studerte 'virkelighetens natur' i akuttpsykiatrien ble oppfattet, kom frem gjennom en rapport fra forskernes feltforskning i forskningssamarbeidets første fase: Hummelvoll J.K. & Røsset O. (1999). *De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 17. Denne studien dannet 'baseline-data' for det videre forskningssamarbeid.

1997, s. 169-195). Som datasamlingsmåte for forskningen ble litteratursøk, fokusgruppe- og narrativ tilnærming valgt.

Fase 2: Denne fasen preges av at deltagerne anvender ideer og prosedyrer i den daglige virksomhet. Man gjennomfører de anbefalte holdninger og handlinger (dvs. i forhold til maniske mennesker) og observerer og registrerer resultatet av egne og hverandres atferd. I denne fasen involveres først og fremst *praktisk kunnskap*. Undervisningstimene med refleksjon og dialog – samt deltagelse i veiledning – var de sentrale fora for kunnskapsutvikling.

Fase 3: Med-forskerne vil nå være fordypet i praksis. De kan kjenne seg opprømt over ny interesse og engasjement i forhold til pasientgruppen, eller kjenne seg utmattet i forhold til de hverdagslige problemer og vansker. Noen vil glemme at de er med i et forskningsprosjekt – ved at de glemmer undervisningen eller å rapportere det man har blitt enige om. Denne fasen med full fordypning i praksis er avgjørende for forskningsprosessen. Det er her – i den daglige praksis – at de kan utvikle en åpenhet for det som skjer med dem og med de andre. Denne åpenheten kan bidra til at man kan 'parentessette' sine tidligere oppfatninger slik at de kan se og forstå deres opplevelser og erfaringer på en ny måte. Denne fasen involverer primært *erfaringskunnskap*.

Fase 4: Etter en passende periode i fase 2 og 3, går forskerne og med-forskerne tilbake til de opprinnelige forskningsspørsmålene og ser disse i lys av de erfaringer som er gjort. Forskningsspørsmålene reformuleres, avvises eller man formulerer nye. Også selve forskningsopplegget kan modifieres slik at det best mulig fanger de erfaringer de har gjort. Denne fasen involverer en *kritisk granskning av den anbefalte kunnskap* og praksis som ble valgt i fase 1.

I den aktuelle studien ble denne fasen dekket ved at man gjennomførte to fokusgrupper (å to timer med de samme deltagerne) med fem ukers mellomrom. I tillegg ble fire personale invitert til å skrive fortellinger om arbeid med en pasient de hadde vært primærkontakt for. Deretter fulgte dataanalyse som forskerne gjennomførte sammen med en av med-forskerne. Det foreløpige resultat av analysen ble lagt frem for fokusgruppedeltagerne og for hele personalet på et avdelingsseminar.

I dette prosjektet følger en *femte fase* som kommer som konsekvens av den foreliggende rapport. Det forutsettes at hele personalet leser rapporten, og at man på et definert tidspunkt (august 2000) starter den nye, begrunnede praksis som personalet – som med-forskere – har blitt enige om. Undervisningen

forsetter som refleksjon og dialog med det formål å konsolidere og forfine praksisforståelsen i arbeidet med maniske mennesker.⁵

Intervensjon: I løpet av høsten 1999 og våren 2000 har temaet *mani som fenomen og lidelse* jevnlig blitt behandlet i Akuttpostens undervisningsopplegg. Hensikten med undervisningen har vært å stimulere videre kompetanseutvikling hos personalet gjennom å kombinere teoretiske refleksjoner med samtale om praktiske erfaringer knyttet til arbeid med mennesker med maniske reaksjoner. En del av det teoretiske grunnlaget har vært en systematisk fremstilling av psykiatriske sykepleieres tenkning og praksis knyttet til arbeid med mennesker med mani (Hummelvoll 1997). Dette dokumentet ble delt ut til personalet i posten.

De *pedagogiske refleksjoner* som lå til grunn for undervisningsopplegget skisseres i det følgende:

Målet for undervisningen er kompetanseutvikling. Med kompetanse menes her personbaserte egenskaper som kan bidra til å løse oppgaver på bestemte områder (NOU 1994:8). Denne generelle definisjonen kan operasjonaliseres slik at personbaserte egenskaper innebærer: kunnskaper, ferdigheter, innsikt, erfaringer og holdninger som setter en i stand til å mestre en situasjon eller løse en oppgave innen et saksområde – her forstått som psykiatrifeltet (Hummelvoll & Røsset 1998).

Yrkeskompetanse utvikles (foruten i grunnutdanning) gjennom læring i arbeidssituasjonen og gjennom etter- og videreutdanning.

Yrkeskompetansen henger tett sammen med opplevd *yrkesidentitet*. Med yrkesidentitet forstås en opplevelse av seg selv som en person som kan utøve et yrke med kyndighet og ansvar og som er seg bevisst sine ressurser og begrensninger (jfr. Severinsson 1990). Yrkesidentitet kan vurderes i forhold til tre dimensjoner: *kunnskap, metodisk kompetanse,*

⁵ Et videre ledd i arbeidet med å utvikle Akuttpostens spisskompetanse i forhold til stemningslidelser, er et påbegynt doktorgradsprosjekt. Doktoranden gjennomfører sin avhandling knyttet til Prosjekt Undervisningsavdeling. Denne forskningen er todelt: a) Intervjuer av personer som har vært innlagt i Akuttposten flere ganger på grunn av maniske reaksjoner. Hensikten er å få kunnskap om hvordan mani oppleves og hvilke erfaringer som er gjort i forhold til ulike behandlingsopphold. b) På grunnlag av denne kunnskapen - og annen relevant forskning - utarbeides et begrunnet forslag til praksis som A1 kan utprøve for å møte pasientgruppens behov for kvalitativ god omsorg og behandling. (Dette arbeidet vil bygge videre på de erfaringer som personalet har gjort i forbindelse med etableringen av den nye praksis slik den er skissert i den foreliggende rapport.)

verdier og holdninger. For å kunne utvikle yrkesidentitet er det nødvendig med kunnskaper, praktiske ferdigheter og etisk refleksjon i forhold til sin egen profesjon. Følgelig vil kompetanse og yrkesidentitet henge nøye sammen.

For å sikre høy faglig kvalitet i Akuttposten, trenger man å videreutvikle det faglige grunnlaget som pasientarbeidet hviler på. Det forutsetter en positiv innstilling til nylæring og refleksjon. Hovedmetodene for vedlikehold og videreutvikling av kompetanse vil være undervisning og veiledning. I og med at forskningsresultater i sykepleie i liten grad har blitt omsatt i handling/praksis, er det viktig at forskningen er forankret i problemstillinger personalet har behov for å få belyst. Undervisningsopplegget skal derfor *inkludere ny forskning* og drøfte om resultatene er relevante og anvendbare i posten. Samtidig er det avgjørende for kompetanseutvikling at *den erfaringsbaserte kunnskap*, som ofte er uttalt, blir fokusert og kritisk gransket både i personalgruppen og hos den enkelte yrkesutøver. Følgelig bør undervisnings-opplegget ta utgangspunkt i praktiske problemstillinger, som løftes frem, belyses og drøftes med henblikk på at kunnskap kan generaliseres. *Dialogen* blir hovedmetoden og holdningen til undervisning skal preges av *deltagerstyrt læring*.

Den pedagogiske idé er at undervisningen skal bidra til økt bevissthet i forhold til mulighetene som finnes i posten for kunnskapsutvikling, og gjennom systematisk bruk av refleksjon frigjøre, omdanne og verbalisere denne kunnskapen slik at den kan deles med andre. Med andre ord skal undervisningen bidra til at den enkelte yrkesutøver erverver *et språk for sin praksis* (Hummelvoll & Røsset 1998). I undervisningssituasjonen er man delvis fristilt fra praksis. Man får mulighet til å se sin virksomhet i et nytt perspektiv (dvs. gjøre det kjente fremmed) samtidig som teorien som presenteres kan relateres til praksis (dvs. gjøre det fremmede kjent). Disse to bevegelsene i undervisningen er vesentlige forutsetninger for at personalets erfaringsbaserte kunnskap skal bli reflektert og artikulert slik at det blir en kunnskap som kan virke begrunnende og veiledende for praksis. Man trenger med andre ord både undervisningstema som er overordnet og fristilt fra den konkrete praksissituasjon med mer allmenn forklaringsverdi i forhold til sentrale problemstillinger man møter i psykiatrien – og tema som er forankret postens virkelighet som kan bidra

til ny forståelse av en praksis som oppleves som kjent. Slik sett kan man oppnå en praksisrelevant undervisning.

Voksenpedagogiske prinsipper innebærer at man fokuserer den som lærer mer enn lærerstyring. Likhet og åpen diskusjon er derfor grunnholdninger (Blair & Ramones 1997). Det er viktig at undervisningen utformes slik at de tar utgangspunkt i personalets læringsbehov og deres forberedthet for læring (man lærer når man er motivert for å lære). Undervisningen skal fremme 'empowerment' hos personalet, noe som forutsetter egenaktivitet og engasjement. Det er nødvendig at undervisningsopplegget søker å løfte frem personalets erfaringskunnskap til verbalt nivå slik at det blir mulig å undersøke holdbarheten i denne kunnskapen. Ny kunnskap må bearbeides av den enkelte for at den skal bli internalisert og være tilgjengelig i ulike situasjoner. Målet for undervisning er å stimulere den enkeltes praktiske yrkesteori dvs. kunnskaper, erfaringer, holdninger og etisk refleksjon (Lauvås & Handal 1990). Ved å tilføre kunnskap, og reflektere denne inn i den enkeltes praktiske yrkesteori, vil yrkeskompetansen stimuleres. En velutviklet yrkeskompetanse skaper større trygghet i situasjoner hvor man er underlagt handlingstvang.

Konkretisering av datasamlingsmetoder og analyse

Metodene som er valgt er 1) litteraturgjennomgang, 2) fokusgruppeintervju og 3) fortellinger. Gjennomføring og analyse beskrives i det følgende:

1. Litteratursøk: Litteratursøket har skjedd gjennom Cinahl og Embase Psychiatry for perioden 1990 - 2000. Søkeordene var: Mania or manic, manic-depressive-psychoses, mood disorder, mania prevention, mania-rehabilitation, psychiatric nursing. Ingen kombinasjon med 'mania or mood disorder' og 'nursing' eller 'psychiatric nursing' kom frem. Imidlertid ble det funnet noen relevante artikler som omhandlet psykiatrisk-medisinsk behandling – særlig knyttet til medikamentell behandling og problemet med 'non-compliance'. Psykososiale aspekter og intervensjoner blir generelt lite utdypet, og det poengteres at det trengs forskning på dette feltet. Relevante henvisninger finnes i rapportens teoretiske bakgrunn.

2. Fokusgruppeintervju: Fokusgruppeintervjuet ble valgt fordi det er en metode som harmonerer med den reflektive prosess som personalet (medforskerne) har deltatt i ett år. Denne metoden kombinerer gruppedynamiske

elementer og kvalitative forskningsmetoder for å frembringe god 'datakvalitet' på en økonomisk og tidsbesparende måte (jfr. Morgan 1990, Morrison & Peoples 1999). Fokusgruppeintervjuer er velegnet for bl.a. utforskning av menneskers erfaringer, oppfatninger, ønskemål eller vanskeligheter (Tillgren & Wallin 1999), eller når man ønsker en dypere forståelse av meningsdannelse og holdninger til spesielle emner i en gruppe (Maunsbach & Dehlholm-Lambertsen 1997).

Gjennomføring: I denne studien inviterte forskerne seks personer (en sykepleier, en aktivitør, en psykiatrisk hjelpepleier og tre psykiatriske sykepleiere) til å delta i to grupper av to timers varighet. Fem av deltagerne hadde flere års erfaring fra Akuttposten, mens en hadde vært ansatt i ca. ett år. Under samtalen søkte man å sammenfatte kunnskaper om temaet mani slik det har kommet frem gjennom ett års undervisningsopplegg og de erfaringer som er gjort i arbeid med pasientgruppen. Forskerne fungerte som henholdsvis moderator og som observatør. Følgende åpne intervjuguide ble benyttet som holdepunkter:

Fokus er forståelse av lidelsen og møte med pasienten og hans/hennes opplevelser og reaksjoner.

- Forståelse av lidelsen (intuitiv, empatisk og kunnskapsmessig)
- Pasientens opplevelse av å være på posten (hvordan man tror pasienten har det på A1)
- Mål for postens arbeid med maniske personer
- Etske utfordringer i arbeidet (grenser og identitetskrenkelse, autonomi versus genuin paternalisme - inkludert respekt for pasientens integritet og beskyttelse mot negativ personlig og sosial eksponering, hypotetisk samtykke og velgjørenhet)
- Faglige utfordringer i det daglige møte med den maniske person (Hvordan bør omsorgen komme til uttrykk? Hva bør det legges vekt på i miljøarbeidet? Hva bør styre primærkontaktens samarbeid med pasienten? Pasientens og familiens undervisnings- og veiledningsbehov)
- Hvilke strategier (konkrete) anvendes i arbeidet med maniske personer (i forhold til postmiljø og relasjonsarbeid og familiesamarbeid)
- Sentrale holdninger i møte med pasientens behov og krav (personlige holdninger versus felles holdninger og tverrfaglig samarbeid)
- Hvordan skape sammenheng i behandlingen (relatert til utskrivning og videre oppfølging for å forhindre reinnleggelse)

Forskerne la vekt på en åpen, vennlig, men samtidig en utforskende holdning for å skape både en trygg gruppesituasjon og en interessant samtale. Moderator lot samtalen forløpe fritt, summerte opp underveis og var oppmerksom på at alle deltagerne ble involvert i samtalen. Observatøren fokuserte gruppedynamikken og fulgte opp med enkelte utdypende spørsmål. Gruppene ble avsluttet ved at samtalen ble tatt opp på lydbånd og skrevet ut verbatim av en av forskerne.

Analyse: Intervjuutskriftene ble lest av begge forskerne flere ganger for å få et helhetsbilde av samtalenes innhold. Den ene av forskerne gjennomførte en tentativ hermeneutisk analyse av første fokusgruppe som den andre kommenterte ut fra sin forståelse. Det samme gjorde en av gruppedeltagerne (medforsker og medforfatter). På bakgrunn av denne analysen ble tema som trengte ytterligere utdypning presisert for å bringe dem inn i neste gruppesamtale. Kodingen av hele materialet skjedde ved hjelp av hovedkategorier, underkategorier og mønstre som kom frem. Både konsensus- og minoritetsoppfatninger ble søkt belyst gjennom abstraksjoner og konkrete illustrasjoner i forhold til kategoriens innhold (jfr. Kitzinger 1995). Tolkningen ble skrevet ut som tekst med eksempler på utsagn. Fokusgruppedeltagerne fikk denne teksten utdelt med spørsmål om forståelsen også var gyldig for dem.

3. Fortellinger: Fortellinger kan være en meget grunnleggende og kraftfull kulturell uttrykksform for å formidle menneskelige erfaringer og liv. I sykepleiepraksis har fortellingen om pasienten og relasjonen vært en sentral kunnskapskilde. I økende grad har fortellingen også blitt en viktig datakilde i vitenskapelig sammenheng. Et viktig aspekt ved fortellingen generelt er å formidle et budskap. Fortellingen anvendes når vi skal skildre vanskeligheter, problemer eller for å formidle noe i vår hverdagsverden (Hydén 1995). Fortellinger fra for eksempel sykepleiepraksis kan få frem svar på spørsmål om hvorfor pasienten er her nå og hva hjelperne kan gjøre for pasienten (jfr. Pejler, Asplund og Nordberg 1995). Fortellingene synliggjør interaksjoner, relasjoner og intervensjoner, og kan ikke bare reduseres til 'common sense' kunnskap. De kan være en mulighet til teoretisk kunnskap om praksis.

Gjennomføring: For å komplettere data fra fokusgruppene, ble fire personale (en sykepleier, en psykiatrisk hjelpepleier og to psykiatriske sykepleiere) invitert til å fortelle om sitt arbeid som primærkontakter med pasienter med manisk lidelse. De ble valgt ut på grunnlag av hvor lenge de hadde arbeidet ved posten – slik at både de med lang og kort praksiserfaring relatert til pasientgruppen ble representert. En respondent ønsket å fortelle muntlig til en av forskerne, mens de

andre leverte skrevne fortellinger. Fortellingene ble bearbeidet med hensyn til å sikre anonymitet for de pasienter som var sentrale i fortellingene. Ellers ble språkformen beholdt.

Analyse: Når man lytter til eller leser en fortelling, forstår vi gjennom anvendelse av et slags kognitivt skjema som enkelte kaller *fortellingens grammatikk* (jfr. Hydén 1995, Tilley 1995). 'Grammatikken' angir en grunnleggende struktur for hvordan fortellingen er oppbygd. Tilley mener at fortellingen (i sykepleie) kan analyseres slik: Scenen, selve handlingen, agenter/aktører som er involvert, instrument/tiltak og mål/begrunnelse. I de fortellinger som er presentert i rapporten, ble en alternativ 'grammatikk' fulgt, nemlig: *introduksjon* med orientering om tid sted og personer, *hendelser* som skaper komplikasjoner, *'løsning'* og til slutt en *vurdering av fortellingens innhold* (Hydén 1995). En med-forsker ble invitert til å analysere fortellingene. Denne analysen ble så lest og kommentert av de to andre forskerne.

Etiske overveielser og studiens nytteverdi

Dette forskningsarbeidet er ønsket av sykehusets ledelse. Personalet på Akuttposten har som mål å utvikle seg til en kompetanseenhet i forhold til stemningslidelser. De ønsket derfor å delta i dette forskningsprosjektet på et skriftlig, informert grunnlag. Når det gjelder vurdering av skade (for pasienter), blir denne muligheten vurdert som minimal. Målet for forskningen er å forbedre kvaliteten av omsorgen og behandlingen av mennesker med stemningslidelser, og vil derfor ta hensyn til prinsippet om velgjørenhet. Ingen pasienter involveres i forskningen direkte i form av at forskerne intervjuer eller observerer. Indirekte benyttes pasientdata i både fokusgrupper og i fortellinger, men i rapporten er alle data behandlet konfidensielt og fremstilt i anonymisert form.

For personalet vil deltagelsen i forskningen kunne bidra til å videreutvikle deres kompetanse, dvs. en større personlig trygghet i arbeidet med en pasientgruppe som oppleves som faglig utfordrende.

En mer generell nytteverdi er knyttet til at studien dekker et felt (psykiatrisk sykepleie med et psykososialt fokus knyttet til mani) som er lite utforsket og kommentert utenom det medisinsk-psykiatriske felt, men som påpekes å være vesentlig å utforske – nemlig de psykososiale intervensjoner (jfr. Silverstone et al. 1998, Hilty et al. 1999, Pradhan et al. 1999).

Metodisk refleksjon

Funnene fra denne handlingsorienterte, hermeneutiske aksjonsforskningen er et resultat av samarbeid mellom forskerne og deltagerne (med-forskerne). De data som ligger til grunn for analyse og tolkning, er stimulert gjennom ukentlig undervisning (med vekt på refleksjon og dialog) og pasientarbeid. 'Mani-prosjektet' er langsiktig, og denne resultatpresentasjonen blir å betrakte som en foreløpig statusrapport som skal danne grunnlag for videre refleksjon knyttet til praksisutøvelsen. Reason (1994) hevder at:

Co-operative inquiry claims to be a valid approach to research with persons because it 'rests' on a collaborative encounter with experience. This is a touchstone of the approach in that any practical skills or theoretical propositions that arise from and be congruent with this experience (s. 327).

Validiteten av dette møtet med erfaring hviler på god kvalitet, kritisk holdning, bevissthet om innvirkning (på data) og velinformerte vurderinger fra med-forskerne. Dette kaller for 'kritisk subjektivitet' (Reason 1994). Denne kritiske subjektiviteten betyr bl.a. at man ikke undertrykker subjektive opplevelser og erfaringer, men at man er klar over at kunnskapen kommer fra dette perspektivet. Videre betyr den kritiske subjektiviteten at man er klar over feilkilder og at man presiserer disse når resultatene viderefremmes. Denne kritiske innstillingen involverer også en selv-refleksiv oppmerksomhet. En slik 'øvelse' ble tilstrebet i Akuttpostens undervisningsopplegg, når personalet bl.a. fortalte om sine pasientrelasjoner – inkludert de følelsesmessige reaksjonene hos den enkelte i møte med pasientens ulike lidelsesuttrykk.

En nærliggende feilkilde er press mot konsensus (som kan resultere i 'falsk konsensus') – i betydningen av å ha felles forståelse og felles holdninger - når det faktisk eksisterer divergerende oppfatninger. Imidlertid viste det seg under samtalene at utsagn ble imøtegått og erfaringer møtt med nyanseringer og 'mot-erfaringer'.

Det var seks personer med i fokusgruppen og det ble gjennomført to gruppesamlinger. Deltagerantallet er innenfor de grenser som settes (4-12 jfr. Tillgren & Wallin 1999). Antall grupper er mindre enn det som anbefales (min. 3 grupper jfr. Tillgren & Wallin). I denne studien er den aktuelle gruppen sammansatt av de fleste av de personalkategorier som arbeider på posten. Alle hadde deltatt i undervisningsprogrammet og var godt kjent med de synspunkter som var representert i personalgruppen. Morgan (1990) understreker at jo mer homogen populasjonen er, desto færre grupper trengs. Kvaliteten av data kunne

likevel blitt forbedret om vi hadde hatt to forskjellige grupper. For vårt formål (dvs. å sikre og forbedre postens praksis) hadde det ikke nødvendigvis økt kvaliteten om vi hadde etablert grupper ved andre poster.

Den kommunikative validiteten knyttet til resultatene av fokusgruppeintervjuene, synes god. Deltagerne fikk anledning til å lese og kommentere analysen, og personale som ikke deltok i samtalen, gav på et senere seminar uttrykk for gjenkjennelse og at de aksepterte den beskrivelse av sentrale kjennetegn på mani (begrepsvaliditet) og de holdninger og intervensjoner som ble fremlagt.

Den pragmatiske validiteten, som er uttrykk for at gyldigheten av kunnskap bl.a. demonstreres ved hvorvidt den nye kunnskapen fører til holdnings- og atferdsendring – og om kunnskapen kan brukes til å forbedre de forhold som er studert (jfr. Kvale 1994). Denne validetsformen kan ikke vurderes på nåværende tidspunkt, og kan i dette tilfellet først vurderes etter at personalet har lest rapporten og begynt på den praksis som anbefales.

Studien er lokal i den forstand at den bygger på erfaringer innen en bestemt kontekst, nemlig Akuttposten. Det er likevel grunn til å tro at de som arbeider innenfor en tilsvarende avdeling vil oppleve at i det minste deler av resultatpresentasjonen og anbefalingene har relevans for deres arbeid.

Presentasjon og tolkning av funn

I det følgende presenteres først resultatene fra analyse av to *fokusgruppeintervjuer* med seks personalrepresentanter på Akuttposten. Fremstillingen har både et deskriptivt og normativt preg. Det normative element er dels direkte uttrykt av respondentene, dels tolket av forskerne.

Dernest følger fire *personal-fortellinger* om deres arbeid som primærkontakter med personer som var i en manisk fase på Akuttposten. Hver fortelling etterfølges av kommentarer.

I. Fokusgruppeintervju

Postkulturen

Både pasienter og personale opplever ”postkulturen”. Personalet er i den posisjon at de stadig kan påvirke denne kulturen med dens tankemønstre og verdier i en retning. Postkulturen formes av personalets forståelse av hva god omsorg, sykepleie og behandling er. Pasientene vil – avhengig av sin situasjon – oppleve denne omsorgskulturen og ’atmosfæren’ forskjellig. Det kan bero på at ’kulturgodset’ er utydelig eller forskjellig uttrykt av personalet i deres måter å være på i samvær med pasientene, eller at pasientens lidelse gjør det vanskelig å gjenkjenne omsorgselementet i kulturen (jfr. Lindström 1997).

Postkulturen beskrives av enkelte respondenter som ’*firkantet*’ – dvs at den styres av forventninger om at regler skal følges. For pasientene er ’Husreglene’ et konkret uttrykk for postkulturen (forstått som tankemønstre og verdier) og for personalet er postens målsetting en av flere uttalte kulturuttrykk. Med endringer i personalgruppen (’kulturbærere’ som velger å slutte og ansettelse av ’noviser’ og utstrakt bruk av vikarer) blir begrunnelsen for den ’firkantede’ kulturen ikke videreformidlet og innholdet blir diffust. Derfor stilles det spørsmål ved hvor ’firkantet’ man egentlig skal være. Likevel finnes det en delvis artikulert konsensus i forhold til holdninger og handlinger om hvordan for eksempel den maniske pasients lidelesesuttrykk - i form av reaksjoner og utspill - skal møtes. ’Solo-utspill’ fra enkeltpersoner relatert til endring av bestemmelser oppfattes som uakseptabelt. Pasienters mulighet til ’splitting’ av personalet skal unngås ved felles holdninger og konsistente reaksjoner.

Problemer oppstår i møte med definering av ’uakseptabel atferd’ når kulturformidlingen ikke fungerer, og viser seg i form av nøling i forhold til om man skal konfrontere eller vike unna (ettergivenhet). Det råder en viss uenighet blant personalet om det i kulturen er ’flaut å be om hjelp’ eller om det er akseptabelt. Den individuelle tolkning av dette forholdet synes å ha sammenheng med den enkelte medarbeiders opplevelse av personlige

trygghet/utrygghet versus interpersonal trygghet/utrygghet. *Lojalitet* i forhold til holdninger og strategier som er bestemt, forutsetter at man kjenner til begrunnelsene for tiltakene og at beslutningene oppleves som meningsfulle.

Mani som fenomen

Personen opplever ikke seg selv som syk. Det er andre som trenger hjelp. Selvaktelsen er god, man kjenner seg energisk, har mange ideer og prosjekter på gang og assosiasjonene er rike. Personen oppleves av andre som emosjonell labil. Maniske personer fremstår 'nakne' og deres begjær og behov blir synlige. Men hva er 'sant' i forhold til pasientens selvpresentasjon: Viser han/hun sitt 'egentlige' jeg i manien – eller når vedkommende er symptomfri? Det synes å være både personlige og sosiale stigma knyttet til diagnosen og sykehusinnleggelsen. Selvororienteringen er fremtredende slik at personen har vansker med å se og ta hensyn til andres behov fordi selvrealiseringen har forrang. Følgelig oppstår ofte problemer i mellom-menneskelige forhold – noe som tenderer mot brutte relasjoner. Grenser og begrensninger testes ut. Evne til introspeksjon er nedsatt og gir seg til kjenne bl.a. som 'kritikkløshet'.

Pasientens årvåkenhet for interne og eksterne stimuli fører til en hektisk travelhet i form av høyt psykisk og fysisk aktivitetsnivå – og behovet for hvile og søvn blir undertrykket. Andre kan oppleve at pasienten er sliten, mens pasienten selv ofte gir uttrykk for at han aldri har følt seg bedre.

Behov og begjær

Personalet tolker pasientens *behov* til å være trygghet, fellesskap, bli sett, respektert og bekreftet som person (både i forhold til det sivile jeg og pasient-jeg) og å få oppmerksomhet. Det pasienten dypest sett *begjærer* synes å være bekreftelse av seg selv som person og at hans sårbarhet i form av et usikkert selvbilde og en potensiell underliggende depresjon (jfr. Jamison 1996). Derfor ønskes individualisert omsorg og behandling knyttet til den spesifikke livssituasjon vedkommende er i – en situasjon som oppfattes som annerledes enn andres. Derfor forventer pasienten at hans/hennes behov må tas særlig hensyn til. Hos enkelte pasienter synes det som om de "springer fra sin sårbarhet" inn i overaktivitet fordi noe må skje, ordnes, ringes, avtales med det samme. Personalet oppfatter pasientens aktivitet som om vedkommende kjemper for å holde seg oppe og at den er en 'kamp mot noe'. For mange maniske personer harmonerer ikke pasientstatusen med opplevelsen av seg selv som en særlig klarsynt, kompetent og handlekraftig person nettopp nå. Personalet observerer at flere maniske pasienter ikke vil tilkjennegi overfor andre at de er på sykehus, fordi det egentlig er en feiltagelse.

Personalets tilgang til forståelse av pasientens behov og aktuelle tilstand er primært observasjon av væremåte og gjennom samtaler, men behovene kommer også indirekte frem gjennom de spor pasienten legger igjen i form av notater, tegninger og tilsynelatende tilfeldige utsagn.

Når pasienten 'administrerer' personalet uten å kjenne målet: På grunn av at pasienten ofte er uklar i forhold til hva han egentlig har behov for, og hva han dypest sett begjærer, opplever personalet at pasienten stadig ber om eller krever noe som skal gjennomføres med det samme:

Da jeg skulle hjelpe ham med frokosten i dag, måtte jeg springe fire ganger med noe nytt – noe mer... (Respondent A)

Det virker som om pasienten har et mønster for hvordan han møter den enkelte av oss. (Respondent E)

Jeg får for eksempel alle 'telefonbestillingene'. (Respondent A)

Jeg får også en del av dem (telefonene), fordi han vet at jeg kan settes i gang. (Respondent C)

En vesentlig utfordring blir derfor å kunne forstå og møte pasienten i forhold til hans behov og ikke hans stadig skiftende krav. Her er mulighetene for 'feilforståelse' i forhold til hva som er pasientens behov nærliggende

Holdninger og handlinger

Felles holdninger: Psykologisk sett er holdninger sosialt ervervede tendenser hos et individ til å tenke, vurdere og handle på bestemte måter i forhold til en person, sak eller en situasjon (Pedagogisk Oppslagsbok, 1974). Det er en nær forbindelse mellom holdning og handling i den forstand at holdningen 'gjør noe' (f.eks. lindre angst, skape mot, inngi trygghet, fremme tillit). En holdning er en måte 'å stille seg på', opptre i en viss sak, eller 'innstilling', 'syn' (Aschehoug og Gyldendals Store Norske Ordbok 1995). Når det gjelder 'felles holdninger', er det en måte å forholde på i bestemte situasjoner som baseres på en felles forståelse (innstilling). Slik sett kan man forstå felles holdning som en fast, bestemt og konsekvent stilling eller opptreden (ved en viss anledning).

Personalet forstår felles holdninger som "å stå sammen" (teamånd) og "å være i forkant" slik at man har en innstillingsmessig beredskap til å møte pasienter og situasjoner. 'Å stå sammen' kan bety flere ting. Det kan bety at man 'setter foten ned' i fellesskap når man opplever at pasienten ikke får den hjelp og behandling han trenger, og at man krever en revidert og mer relevant omsorgs- og behandlingsform. En annen betydning er å ha en konsistent holdning i

forhold til et tiltak eller en behandlingsstrategi, for eksempel medikamentell behandling:

Vi må gå inn i en allianse med legen og støtte ham slik at han ikke blir stående alene når pasienten skal medisineres. (Respondent C)

I forhold til arbeid med maniske personer knyttes 'å være i forkant' til kunnskap om maniske reaksjoner generelt og til spesifikk kunnskap om den aktuelle person.

Vi forsøker å snakke sammen før vi starter for eksempel skjerming hva vi skal gjøre hvis så og slik skjer. Hvem som skal ta føring og styring hvis vanskelige situasjoner oppstår. (Respondent C)

Et annet eksempel på en felles holdning er knyttet til personalets forståelse av at den maniske person trenger 'stramme rammer' – hvor yttergrensen for hva som er akseptabel atferd, hva som er tillatt/ikke tillatt er fastlagt bl.a. i skrevne retningslinjer. Når rammene er gitt, er det mulighet for den enkelte medarbeider til å være fri og fleksibel til å se hvordan man i situasjonen kan møte pasientens behov og lidelsesuttrykk. Har man klare rammer er muligheten for å endre fokus tilstede, slik at man kan se og bekrefte pasienten.

Felles holdninger er ikke noe statisk, men vil være gjenstand for jevnlig felles refleksjoner på bakgrunn av nye informasjoner og kunnskaper om pasienten og endringer i hans tilstand og situasjon – og ut fra tilbakemeldinger fra pasienten selv.

Problemer med å opprettholde felles holdninger mellom postpersonalet og andre teammedlemmer kan oppstå hvis gruppene ikke kommuniserer frem mot konsensus. Særlig er det mulige holdningsavvik mellom 'postpersonalet' og legen(e):

Vi har følt at sykepleierne og det øvrige personalet er ganske enige, men vi har hatt en del uenighet med lege(ne). Derfor har vi innkalt til ekstraordinære møter hvor vi virkelig satte oss ned og sa hva vi følte og mente. Det hadde noe for seg, det gav resultat. Legen hørte på oss... (Respondent D)

Felles holdninger må dessuten ses i forhold til og omfatte pasienten – slik at man også inviterer pasienten inn i det som bør bli et felles prosjekt.

Gode konsekvenser av felles holdning: Den grunnleggende positive effekt av felles holdninger er at det skapes *kontinuitet* i arbeidet, noe som sammenlignes

med en slags innebygget hukommelse for mål og beslutninger. Dette kan illustreres med følgende personalutsagn:

Respondent A: Dette med felles holdninger blir viktig for pasienten for at han skal forstå hvordan han skal forholde seg til så mange mennesker. Felles holdning gir trygghet for pasienten ved at det ikke blir like mange holdninger som det er personer som han skal forholde seg til i en situasjon hvor det er forvirring som preger ham. Har man ikke felles holdning så er det med på å øke denne usikkerheten og forvirringen.

Respondent B: Det skaper trygghet for personalet også... Det er ofte vi står i situasjoner hvor vi lurer på hvordan vi skal gjøre ting, men når vi har snakket igjennom ting og har en felles holdning/enighet, da blir vi trygge og det virker tilbake på pasienten. Det virker begge veier, altså... At vi gjør jobben vår med sikkerhet, slik at vi kan sette inn energien der hvor det er viktig.

Relasjonelle holdninger: I arbeidet med pasientene er følgende holdninger ønskelige ut fra personalets syn: Vennlighet og bestemthet, imøtekommenhet, bekreftelse av pasienten som person i daglige møter – samt å kunne skille mellom krav og behov. Respekt, vilje til individualisering og generøsitet er sentrale holdninger som særlig motvirker opplevelse av integritetskrenkelse.

En sammenfatning av *gunstige egenskaper hos personalet* i arbeid med maniske mennesker er personlig trygghet og tillit til ens medarbeidere, evne til å kommunisere enkelt og tydelig, solid faglig kunnskap som tillater å gå inn i ulike roller (jfr. Cutcliffe 1997) - for eksempel kamerat, grensesetter og omsorgsgiver. I tillegg understrekes evnen til å 'stå i vanskelige situasjoner', følge 'miljøregler' og å opprettholde en optimistisk innstilling slik at man kan formidle og bære håpet som pasienten midlertidig kan ha mistet.

Tydelighet fremstår både som en ønsket holdning og som en handling eller strategi i arbeidet med pasienten. Tydelighet i betydningen *holdning* vil si å fremstå som person med klare meninger, reaksjoner - også ved å vise egen sårbarhet. Med tydelighet i betydningen *handling* eller strategi menes å informere om det som skal skje, forklare hvorfor ting skjer og å klargjøre forventninger for eksempel gjennom 'retningslinjer' og ved henvisning til 'miljøregler' og 'husregler'.

Utydelighet og viderekobling av ansvar til lege eller primærkontakt står som 'rømningsmuligheter' for personalet når man ønsker å unngå konfrontasjoner, eller for å slippe å bære omkostningene ved å bli betraktet eller anklaget som 'firkantet' (dvs. regelorientert) av pasienten.

Å slå en ring rundt pasienten

En grunnstrategi i den akutte fase er '*å slå ring rundt pasienten*' på hver vakt. Metaforen er en interessant kontrast - og representerer samtidig et alternativ - til den 'firkantede kultur' som hevdes å prege posten. Metaforen forteller følgende: Pasienten står i midten av en sirkel dannet av en personalgruppe. Pasienten, som er i psykisk ubalanse og har behov for trygghet og støtte og struktur, kan oppleve denne ringen som en god sirkel hvor han kan la seg falle og gi seg over i forvisning om at han blir mottatt med gode håndtak før han faller for dypt og opplever angst og utrygghet. Kvaliteten av sirkelen er avhengig av den enkelte del: om det er personer som inngir trygghet og som pasienten har tillit til, om det er nye og ukjente personer eller om det er personer som oppleves usikre eller truende. Den gode sirkel er uttrykk for en samstemt omsorgsholdning preget av en viss elastisitet, men likevel fasthet.

Men ringen kan også anta andre former enten ved at den blir for stram slik at pasienten opplever den kvelende, kjenner seg låst og fanget, eller at sirkelen er brutt (ved for mange svake punkter) eller at den forandrer form og blir firkantet. Begge de siste formene vil være omsorgsmessig og terapeutisk uheldige.

Det *konkrete innhold* i '*holdningsringen*' er kjennetegnet bl.a. av informasjon og orientering til pasienten (tilpasset hans mottagelighet og evne til kommunikasjon og situasjonsforståelse), klare og enkle retningslinjer (helst utformet sammen med pasienten) og felles holdninger (pasienten skal følge 'reglene'). Dette skal bidra til orden, oversikt og forutsigbarhet samt beskyttelse av personen ved å vise respekt og påse at pasienten ikke 'blamerer' seg og slik sett unngå at vedkommende opplever integritetskrenkelse.

Faste rammer

Verdien av 'faste rammer' er en del av det tankemønster som ligger i postkulturen knyttet til arbeid med maniske pasienter. Som strategi betraktet skal disse rammene ideelt bidra til struktur, forutsigbarhet og trygghet for pasienten. For personalet er medisinerer en del av rammene:

Det jeg har lært i arbeidet med pasient B – og som er overførbart til andre personer med mani – er dette med fastheten rundt medisiner. (Respondent C).

Personalet mener at de ikke skal inngå i lange og energikrevende diskusjoner om medisiner, men henvise til legen og støtte opp om beslutningene.

Å skulle 'håndheve' for eksempel retningslinjer oppleves slitsomt, men det er lettere 'å stå i situasjonen' – og 'containere' pasientens frustrasjoner - når man kjenner seg trygg på at man representerer personalets felles forståelse og slik sett 'handler på oppdrag'. Om man i tillegg har erfaring for hva pasienten ved tidligere opphold har sagt har vært vesentlig for bedring, handler man ikke bare på oppdrag fra personalgruppen, men også på vegne av pasienten (hypotetisk samtykke). Dette kan tolkes som en slags forlengelse og representasjon av pasientens hukommelse.

Evnen til 'å stå i situasjonen' og vise pasienten respekt når han har sine reaksjoner og utageringer, vil kunne medføre at man fungerer som en emosjonell stabilisator.

Når pasienten opplever at rammene er faste, vil han ofte slappe mer av og det blir lettere å hjelpe ham til å fokusere hva som skal til for at han skal få det bedre. Faste rammer har dessuten en positiv effekt i personalet omsorgsfunksjon:

Har man tydelige grenser med felles holdninger så kan man fokusere andre ting: Å se pasienten og anerkjenne ham. (Respondent E)

Det er en forutsetning at rammene begrunnes overfor pasienten, og at det presiseres at de er midlertidige og vil være gjenstand for jevnlig vurdering. Samtidig er det vesentlig at rammene ikke blir innholdet, men at de fylles med noe som oppleves meningsfylt og som fungerer terapeutisk godt.

Alliansebygging og kommunikasjon

Det er lett å overkjøre pasienten med vårt opplegg – i stedet for å samarbeide med ham. (Respondent E).

Alliansebygging forutsetter invitasjon og vilje til samarbeid. Samarbeid blir da forstått som å *arbeide sammen om et felles prosjekt*, nemlig å lindre lidelsen (sykdomslidelse, eksistensiell lidelse og lidelse som følge av sykepleie og behandling) og hjelpe pasienten til å komme til rette med sin situasjon (jfr. Hummelvoll & Røsset 1999: 'å komme på sporet igjen'). Dette forutsetter at personalet er utforskende i forhold til hva som lindrer lidelsen. Primærkontakt-funksjonen blir her sentral ved at man skal søke å enes om hva man skal prioritere, hjelpe pasienten til større selvinnsikt og bidra med begrunnelser for tiltak. I forhold til personalgruppen er det primærkontaktens oppgave å være den

som tolker pasientens ønsker, behov og krav – og så formidle denne forståelsen til personalet. Vedkommende kommer i en *mediatorposisjon* mellom personalets forståelse og pasientens. Dette fører ofte til et *lojalitetsproblem*: Man skal både sikre at pasientens stemme blir hørt og tatt hensyn til og samtidig gjennomføre beslutninger som personalgruppen har fattet om behandlingen. Ofte lar disse seg ikke forene. Primærkontaktens oppgave er å sikre kontinuitet, noe som blant annet skjer gjennom retningslinjer, pleieplan og organisering av arbeidet rundt pasienten.

Muligheten for å møte *pasientens sivile jeg* byr seg særlig ved hjemmebesøk: å se pasienten hjemme, slik at hans historie og situasjon tegner et bilde av han/henne som person. Det danner utgangspunkt for individualisert omsorg og behandling.

Selve grunnlaget for alliansebygging er kommunikasjon (lat. *communis* = felles, ha felles) og felles forståelse. Nettopp felles forståelse av pasientens situasjon er problematisk i forhold til mennesker med mani i og med at de oftest ikke betrakter seg som hjelpetrengende. Relatert til fasene i samarbeidsforholdet kan *kommunikasjonens innhold* presiseres som følger:

Kommunikasjon i akutt fase: På grunn av pasientens impulsredenheter og ofte kaotiske tilstand, bør kommunikasjonen preges av klarhet, tydelighet og enkelhet. De vanligste temaer for samtale i den mest aktive maniske fasen er knyttet til praktiske spørsmål innen rammen av her-og-nå situasjonen og å snakke om det som pasienten er opptatt av. Det siste er mulig når man kjenner pasientens interesser og hvilke ressurser vedkommende har.

Den korte tiden pasienten er i posten gjør det utfordrende å få mulighet til å tilby pasienten hjelp til å integrere erfaringer før og under oppholdet. Speiling av pasientens atferd på en åpen og undrende måte gir anledning både til at pasienten skal føle seg sett, og at hans selvinnsikt og situasjonsforståelse kan øke.

Den kommunikative testen: Hvordan skal pasientens ordspill med rim, raske assosiasjoner og bildebruk forstås og møtes? Disse uttrykkene kan forstås som a) *en kommunikativ lek* med seg selv og personalet som avspeiler hans impulsredenheter og iderikdom og som b) *en underliggende testing* av personalet i forhold til deres evne til å følge/være med (ham).

For å kunne vite når man skal møte ordspillet som test eller som lek, er det nødvendig med situasjonsforståelse og empatisk innlevelse. I enkelte sammenhenger kan man bidra til at pasienten får et '*friminutt*' ved å følge opp

(lek), mens det i andre sammenhenger er riktig å svare på en måte som strukturere og 'samler' pasienten ved at man omtolker det som sies med egne ord: "Mener du med dette at..." "Jeg tror jeg skjønner hva du mener..." (test). Det er med andre ord en forståelse av pasientens behov og situasjon som avgjør om man skal følge opp pasientens verbale lek, avlede når han flyter ut eller fastholde/reformulere innholdet i det pasienten forsøker å formidle.

Kommunikasjon i bearbeidingsfasen: Integrerings- og innsiktsøkende arbeid tilhører primært fasen etter at den akutte maniske tilstand er over. Dette arbeidet innebærer undervisning om 'sykdomstilstanden' (disease), samtale om det som har skjedd under oppholdet (skyld og sårbarhet) – samt å tematisere tabu og fordommer knyttet til både sykdommen og innleggelse. Et vesentlig tema er i samtalen synes å være undersøkelse av pasientens selvbilde:

Det som blir igangsatt av pasienten er jo en slags forsvarsmekanisme. Kanskje er det de sliter med å beskytte og opprettholde et godt selvbilde? (Respondent A)

Målet med samtalen er dermed å bygge opp og restituere pasientens tro på seg selv – særlig hvis han har opplevet mange innleggelser mot sin egen vilje.

'Timing' innebærer en strategi (basert på intuisjon, generaliserte erfaringer og partikulært kjennskap til pasientens reaksjonsmåter) for når det er tid for å ta opp 'ting', speile pasientens reaksjoner og tematisere hans atferd:

Jeg tror pasienten trenger hjelp til å snakke om det som ligger bak – og om det han sliter med som han ikke vil vise frem til oss. Men når jeg ymter frempå om han etter hvert kan tenke seg å ha noen å snakke med (psykolog, psykiater)... da vil han ikke høre noe om det... Jeg går ikke særlig dypt. Jeg prøver å være forsiktig. For det er ikke rette tiden i den fasen han er i nå. (Respondent A)

Denne strategien er en innebygget del av alliansebyggingen, og forutsetter følsomhet og kjennskap til pasienten.

Kommunikasjon i avslutningsfasen: Pasienten har behov for å gå igjennom opplevelser fra oppholdet samt å organisere sine erfaringer. Denne 'etterraksten' (aftermath) er viktig for pasienten:

Dette med integrering... det er viktig at man setter seg ned, underviser pasienten og går igjennom de fasene pasienten har hatt og undre seg sammen over det han har opplevet for å få ut litt lærdom og innsikt om

hva sykdommen innebærer. (Respondent D)

Ikke alle pasienter ønsker å snakke om lidelsen og om oppholdet fordi det er tabuer og fordommer knyttet til lidelsen. Følgelig er hele 'episoden' noe de vil legge bak seg og forsegle. Andre pasienter ønsker 'å rydde opp' i forhold til sin egen maniske atferd:

Pasienten på rom 3 som har vært her så lenge sa at hun var så redd for seg selv – så redd for hvordan sinnet hennes var. 'Tenk at jeg var så gal. Tenk på alt jeg sa og gjorde!' Og så har hun gått rundt og bedt oss om unnskyldning... (Respondent F)

For personalet er det også vesentlig å få tilbakemeldinger fra pasienten i forhold til omsorgens kvalitet. Det er mulig å øke kvaliteten (dvs. redusere lidelsen) hvis man er oppmerksom på '*vendepunktet*' i pasientens tilstand. Med vendepunkt tenker man på det tidspunkt hvor pasienten makter å være mer samlet i samvær med andre og når han innser at aktivitetsnivået har vært for høyt – og slik sett viser større evne til introspeksjon. En *interessant hypotese* i denne sammenheng, er om hjelp til 'etterrast' før pasienten nærmer seg begynnende depresjon kan bidra til at depresjonens dybde og omfang begrenses.

Skjerming

Relasjonene under skjerming preges av oppstykkethet. Pasienten må forholde seg til mange forskjellige personer i løpet av en dag. Følgelig blir det lett diskontinuerlige interaksjoner i stedet for kontinuerlige relasjoner. Dette kan lede til mangel på konsistens i tilnærming og holdninger. Problemet kan øke ved at det blir kort tid til informasjon om det som har skjedd i løpet av skjermingstimen. Ofte skjer 'rapporten' i farten i det alarmen ('stafettpinnen') overleveres i døren. I mange tilfelle er dette tilstrekkelig. Det er ikke noen etablert praksis hvor man gjennomfører rapporten sammen med pasienten, men personalet ser at *omsorgens kvalitet* vil heves om man speiler timen man har hatt i pasientens påhør når en ny person skal overta skjermingen. Denne situasjonen gjør det også naturlig å trekke pasienten inn i 'fortellingen' om timen. En slik praksis kan nettopp bidra til den forutsigbarhet, oversikt og kontinuitet som både pasient og personale trenger, gitt at den gjennomføres med godt skjønn for når felles informasjon er relevant. (Det vil være slitsomt for pasienten om dette skulle praktiseres etter hver time.) Pasienten bør også jevnlig inviteres til å evaluere skjermingsopplegget.

Rigiditet versus fleksibilitet: For å bidra til oversikt for pasienten og sammenheng i omsorgen under skjerming, mener personalet at dette kan løses ved å skrive liste over hvem som kommer, introdusere den neste og undersøke om det passer med personalskifte nå eller om skiftet skal utsettes noe. Det kan hende man er engasjert i en betydningsfull samtale. Dette forutsetter en *elastisitet* i personalets samhandling og samarbeid.

Særlig når skjermingen varer over tid, blir pasienten ofte trett av alle personene som er sammen med ham. Enkelte pasienter opplever at de må 'underholde personalet', noe som særlig oppleves slitsomt når pasienten har blitt bedre. Denne situasjonen mener personalet kan løses ved at pasienten gis mulighet til å velge om han vil ha deler av skjermingstimen 'personalfri' – men med et personale tilgjengelige utenfor døren.

Revurdering av skjerming: Her er praksis noe forskjellig: Enten at ansvarlig sykepleier tar avgjørelsen, eller at den som er på skjerming bestemmer eller at det bestemmes etter drøfting i personalgruppen. Generelt bør lempning av skjermingsgrad bestemmes av ansvarlig sykepleier. Det bør forutsettes at pasientens vurdering og synspunkter etterspørres og tillegges vekt.

Den maniske pasient og de andre

Personer med mani blir så tydelige og påkaller oppmerksomhet av både personalet og medpasienter. De andre blir '*satt på venteliste*' – venter på kontakt og at noe skal skje. Derfor er det vesentlig at personalet finnes i miljøet, er synlige og deler av sin tid. Problemet er at personalet på skjerming opplever dette så stressende, at de trenger tid til å ta seg inn igjen etter at timen er over. Miljøterapien blir derfor nedprioritert (jfr. Hummelvoll & Røsset 1999).

Samarbeid med pårørende

Personalet er opptatt av at pårørende må møtes på en god måte når de kommer til posten, dvs. med en grunnleggende forståelse for den turbulente fase og de påkjenninger de har gjennomgått før den maniske person ble pasient:

Det er viktig at pårørende blir informert om behandlingen slik at de er kjent med hva som skjer, og at de opplever at nå har vi tatt over – at pasienten er i trygge hender her. Samtidig må de få den informasjon de har rett på, og de (på sin side) kan gi mye viktig informasjon.

(Respondent F)

Pårørende trenger både støtte, informasjon og undervisning. De har behov for kunnskaper om lidelsen og hvor de kan få hjelp:

Respondent E: Vi opplever ofte at de som har vært rundt den maniske er utslitte. De har gått mange runder før de kommer til oss. Derfor trenger de å bli sett, få informasjon og kunnskaper om hva det (manien) handler om.

Respondent A: Ja, det er jo de som skal være tilstede, ta imot og være nettverk når pasienten utskrives.

Posten har ikke tilbud om pårørendegrupper eller tilbud om systematisk undervisning og oppfølging. Personalet er usikre på om pårørendegrupper er aktuelt for Akuttposten. Primært bør dette være et tilbud i den kommunale helsetjenesten. Det bør imidlertid utvikles en gjennomtenkt prosedyre for hvordan pårørendes behov (inkludert pasientens barn) skal ivaretas.

Personalets følelser og behov

Personalet har behov for oversikt og forutsigbarhet i sin arbeidssituasjon. Av og til er det uklart om det er pasientene eller personalet som har mest behov for skjerming, retningslinjer og felles holdninger. Alle disse tre forholdene synes å tjene denne doble hensikt, og for personalet bidrar de til trygghet - ikke minst for nyansatte og assistenter. Særlig 'felles holdninger' synes å være en forutsetning for trygghet i arbeidssituasjonen ved at man handler som et kollektiv (ideelt til pasientens beste) og ikke at man lar pasienter 'splitte' personalgruppen. Her kommer *samordningen med det medisinske og sykepleiefaglige tilbud* inn som et vesentlig bidrag til å skape konsistens i behandling og omsorg.

De følelsesmessige omkostningene ved arbeid med maniske personer er til dels store:

Selv om jeg er aldri så mye helsepersonell stikker pasientens utsagn jo hos meg også ... når man får høre 'sannheter' om seg selv. Vi er sårbare vi også. (Respondent A)

Når vi har fått mye 'pepper' må vi avreagere sammen med annet personale. (Respondent C)

Personalet har derfor behov for avreagering og å kunne ta seg inn igjen etter en konfrontasjon eller en skjermingsperiode. Her fremstår balkongen som 'avgiftningsenhet'. Pause er viktig mellom skjerming og annen pasientkontakt for å skape et 'pusterom' som gjør en i stand til å involvere seg på nytt i andre pasienter.

Veiledning kan, ut fra respondentens syn, bidra til at man ikke iverksetter skjerming på et for spinkelt grunnlag – og ut fra vanetenkning. Samtidig

oppleves veiledningstilbudet i posten som en vesentlig støtte når det gjelder å kunne bearbeide egne følelser, reflektere dypere over oppleggets relevans for pasientgruppen og personalets egne handlinger for å kunne 'stå i situasjonen' og ta imot pasientens reaksjoner med større trygghet.

Å få *en teoretisk modell* for å forstå sentrale sider ved pasientens situasjon:

Da jeg fikk denne teorien integrert, ble det mye lettere å arbeide og tilnærme meg denne pasientgruppen" (Respondent C)

Det denne sykepleieren henviser til er både 'sårbarhetsmodellen' (jfr. Zubin & Spring 1977) og Cullbergs modell for årsaksfaktorer for psykisk uhelse og hvordan psykisk uhelse kan motvirkes (Cullberg 1991). Sistnevnte modell oppleves nyttig fordi den presiserer hvilke områder omsorgen og behandlingen bør fokusere, dvs. sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og beskyttelsesfaktorer (sosiale nettverk, arbeid og sysselsetting og opplevelse av meningssammenheng). Av andre teoretiske modeller som oppleves relevante for arbeid med maniske personer nevnes Gundersons miljøterapivariabler (1983) og forståelsen av mani som lidelse (jfr. Eriksson 1993, Hummelvoll 1997).

Etiske dilemma

Grunnholdninger som personalet ønsker skal gjennomsyre arbeidet med maniske personer er beskrevet tidligere under 'felles holdninger' og 'relasjonelle holdninger'. Her kommer følgende verdier frem, nemlig omsorg (inkludert beskyttelse), samarbeid, respekt for pasientens verdighet og integritet og autonomi.

I og med at den maniske person ofte innlegges mot sin egen vilje, blir det et spenningsforhold mellom de etiske prinsipper paternalisme og autonomi. Pasienten opplever seg ofte krenket fordi han blir begrenset i sin virkestrang og selvbestemmelsesrett. Fra personalets synsvinkel dreier problemstillingen seg ofte om hvor mye lidelse man skal tillate før man intervensjoner med restriksjoner og i ytterste konsekvens tvang.

Prinsippet om at pasienten skal informeres om behandlingstiltak og konsekvensene av dem – samt å gi sitt samtykke til behandlingen, blir ikke fulgt ved tvangsinnleggelse. Men personalet søker dempe pasientens 'ubehag' ved ikke å kunne bestemme selv, gjennom å skrive retningslinjer sammen med pasienten og fremme muligheter for deltagelse og medbestemmelse. Ved at tiltak begrunnes blir pasienten informert om omsorgens og behandlingens hensikt.

Genuin paternalisme versus autonomi: I den mest akutte fase blir likevel prinsippet om genuin paternalisme (begrunnet ut fra hypotetisk samtykke) det som for postpersonalet blir styrende. Her oppstår periodevis konflikter innad i teamet i forhold til hva pasienten skal få bestemme selv (for eksempel i forhold til medisiner, permisjoner og 'særbehandling') – noe som kan belyses ut fra følgende utdrag fra fokusgruppeintervjuet:

Respondent C: Jeg føler at vi strammer for mye til enkelte ganger slik at pasienten nesten ikke får puste... Av og til føler jeg det er en smerte for pasienten at det er så stramt... I ettertid kan nok pasienten se at det var nødvendig, men det hender det virker mot sin hensikt...

Respondent E: ...Det (dvs. frihetsberøvelsen med stramme rammer) er hardt å stå i for oss også. Men jeg tenker på alle de gangene hvor vi ikke har satt noen grenser... Vi har sagt: Ja, gjør som du vil – vi kan skrive deg ut ... eller: Du kan være hjemme i helgen. Hvor vondt har ikke pasient fått det da? Det synes jeg er en mye verre situasjon.

Hypotetisk samtykke: Innholdet i dette etiske prinsippet (jfr. Natvig 1993) er godt kjent i Akuttposten og finnes blant annet uttrykt i postens målsetting. To av respondentene kommenterer prinsippet slik:

Respondent A: Det er dette med hypotetisk samtykke – at vi tenker ut fra hvordan han ville ha ønsket ting om han var frisk.

Respondent C: Ja, det hadde vært bedre i forhold til pasienten... om vi kunne vist tilbake til hva han har sagt før... for å kunne se hva han egentlig trenger.

Omsorgsfull frihetsberøvelse: Personalet er opptatt av hvordan retningslinjer, grensesetting og skjerming er uttrykk for frihetsberøvelse – og dermed noe som reduserer pasientens autonomi. Personalet har makt på mange måter – bl.a. på grunn av plikten til å ta imot personer som innlegges mot sin vilje, og muligheten til å foreslå tvangstiltak. Selv om pasientens handlingsfrihet reduseres, mener personalet at det er omsorg som ligger bak reguleringen og grensene (dvs. maktutøvelsen) for hva pasienten tillates:

Respondent A: Det er vanskelig å sidestille frihetsberøvelse og omsorg... Men det er trygt å vite at pasienten skjønner det er omsorg fra vår side – og at hvis det hender igjen, da legger vi omsorg i det.

Respondent E: Kanskje det skulle kalles 'omsorgsparagraf' – og ikke tvangsparagraf?

'Omsorgsfull frihetsberøvelse' blir dermed en reformulering av den faktiske maktutøvelse som personalet står for (jfr. Falk Rafael 1996), og som gjør det lettere å plassere tvangspreget behandling og pleie av maniske mennesker inn i postens uttrykte humanistisk orienterte ideologi.

II. Fire fortellinger

Pasientene i de følgende fortellinger hadde alle vært innlagt i løpet av de siste tre årene med opphold av varierende lengde. Pasientene var kjent fra tidligere innleggelses med diagnosen manisk-depressiv lidelse. For en pasient var det ti år siden siste innleggelse. Historiene handler om hvilke vurderinger og refleksjoner sykepleieren/hjelpepleieren gjør seg i samarbeidet med pasienten. Det fokuseres særlig på utfordringene de står overfor i alliansebyggingen når pasienten ikke føler seg syk og følgelig ikke mener å være i behov av behandling.

Første fortelling: Solveig

Bakgrunn: Solveig er midt i femtiårene, og jeg har kjent henne i syv år. Hun fikk diagnosen manisk-depressiv lidelse allerede 16 år gammel, men mente selv at hun nok fikk sitt første anfall noen år tidligere da hun var utsatt for en alvorlig ulykke. Faren døde tidlig, hun har flere søsken som hun har et godt forhold til. Solveig giftet seg med en mann som viste seg å være voldelig. Det ble et vanskelig ekteskap som endte med skilsmisse. De fikk en datter sammen. Ikke lenge etter ble hun innlagt på psykiatrisk sykehus, og mannen hadde omsorgen for barnet inntil hun kom ut igjen. Solveig bodde da hos sin mor som 'passet på' og tok over mye av ansvaret. Solveig fikk delta i en del husarbeid, men når hun for eksempel skulle handle, sto moren ved siden av med Solveigs pung og betalte. Solveig kunne velge klær, men mor betalte. At moren bestemte mye viste seg også da hun brant opp en god del av det Solveig hadde skrevet om sitt liv både under og etter sykehusoppholdene fordi "det bare var tull". Dette var en stor sorg for Solveig, men hun begynte skrivningen på nytt igjen – og skriver fortsatt.

Datteren er i 20-årene, ei fin jente med god utdannelse, samboer og har et godt forhold til sin mor.

Aktuell situasjon: Totalt har Solveig vært innlagt 30 ganger i psykiatrisk sykehus. Hun er i dag glad for medisineringsen hun har fått. Den har hjulpet henne til at sykehusoppholdene har blitt færre og korte. Hun bruker Lithionitt – og har stått på dette i mange år sammen med Tegretol Retard. Solveig fungerer

så godt på dette at hun ikke har behov for økt dosering når hun kommer inn. Selv mener hun at den maniske fasen er i ferd med å 'brenne ut' etter at overgangsalderen er over. Hun har knapt hatt depressive faser.

Hennes mor er nå død. Solveig fikk hjelp av en lege på sykehuset til å skaffe seg egen bolig for ti år siden. Hun klarer seg meget godt – også økonomisk (selv i maniske faser). Hun har lært seg å kjenne sin lidelse. Det var etter at hun ble 40 at hun fikk økt selvinnsikt. Nå er hun kasserer i en forening og deltar også i andre. Hun kjører bil og er sjåfør for mange av venninnene sine. Hun har en del venner fra tidligere som hun fortsatt har god kontakt med, det samme gjelder i forhold til slektninger (særlig bror og svigerinne). Hun opplever seg akseptert slik hun er og synes at hun har det veldig bra.

Når hun kommer inn, skriver hun mye. Hun er opptatt av skriftlige retningslinjer som hun selv ønsker å være med på å utforme.

Ved første innleggelse jeg møtte henne (5 år siden) var hun 'knall psykotisk' og somatiserte voldsomt. Det hendte at hun var utagerende men sjelden lagt i belter – og aldri mens jeg har vært på arbeid.

Siste innleggelse varte bare i ett døgn. Også da ville hun skrive retningslinjer:

De må ikke være for strenge: Jeg skal hvile en time før og en time etter hvert måltid. Så vil jeg gå ut med følge og jeg skal ta medisinene som legen har bestemt.

Dette ville hun skulle stå selv om hun egentlig ikke behøvde det. Jeg tror hun kom siste gang rett og slett fordi hun ønsket å få omsorg.

Relasjonen: Jeg har hatt en meget god relasjon til henne. Jeg har vært hennes primærkontakt de siste årene hun har vært innlagt. Forholdet vårt begynte dårlig: Hun hadde lagt seg om kvelden for å sove. Det var mørkt i rommet. Jeg var inne hos henne og dro en stol bort til sengen fordi hun ville holde meg i hånden. Hun pratet som en foss. Plutselig reiser hun seg opp, tar tak rundt halsen min og klorer meg. Jeg fikk dratt meg unna og hun slapp taket med det samme. Etterpå ble hun veldig lei seg: "*Det luktet så røyk av deg*", sa hun. Det tålte hun ikke.

Etter hvert ble det et godt forhold. Det kan ha å gjøre med at vi er omtrent på samme alder. Hun er glad for å bli satt grenser for – samtidig som hun føler seg respektert og får si sin mening. Hun kjente lidelsen så godt at hun kunne si:

Kari, nå har jeg nådd toppen, bare jeg får være her noen dager nå så går jeg ned igjen. Jeg må bare ha Nozinan og Haldol.

Hun visste det hadde god effekt på henne. I hver manisk fase kom de vonde tingene i ekteskapet frem igjen. Hun måtte trekke for gardinene på rommet sitt fordi hun mente at eksmannen sto utenfor med maskingevær og ville skyte på henne og meg. Ute på sykehusområdet kunne hun for eksempel se biler som hun var sikker på var mannens. Hun har ikke kontakt med eksmannen nå.

Når hun kommer inn ønsker hun alltid *samtale* (1/2 t.) med dagskontaketen både for- og ettermiddag. Hun har mye å si. Vi snakket om at hun kunne skrive ned de vonde tingene og så ta det opp under samtalene. Dette synes hun er en god ide. En gang hadde hun skrevet 14 sider. Vi tok opp en del av det, og lot resten ligge til neste samtale. Prøver å bekrefte henne på ting og støtte henne på det hun opplever. Selv synes hun det er nyttig å få gå igjennom det hun har skrevet. Tankene blir tydeligere og følelsene klarere når hun får satt dem ned på papiret (overgrep, vanskelig ekteskap og opplevelser på psykiatriske sykehus). Hun takker for at det finnes psykiatri. Jeg mener likevel hun også har opplevd mye vondt under sine sykehusopphold. Men hun unnskylder de gamle legene som var her før. Hun er flink til å plukke frem det positive.

Omsorgen: Det som kanskje har vært viktigst i relasjonen til Solveig er *omsorg*. Jeg visste at hun er en pertentlig dame med hensyn til utseende og klær. Derfor la jeg vekt på at hun fikk daglig dusj, at hun fikk kle seg ordentlig og holde det ryddig rundt seg. Det er viktig å ikke følge med på alt hun foreslår og har av innskytelser. Jeg gav henne få alternativer å velge mellom. Det blir så lett kaos i rommet. Det er viktig å vise omsorg ved å hjelpe til å holde det ordentlig på rommet. Det er ikke rart at det blir kaos i hodet når det er tilsvarende rot rundt henne. Det synes å ha en samlende virkning på henne. Dette opplever pasienten som omsorg, men det er ikke alle i personalgruppen som ser dette.

Det var viktig at hun fikk *være med å bestemme*. Det har med respekt å gjøre. Pasienten skal ikke bli degradert selv om vedkommende har en psykisk lidelse. Det er *de små tingene* som betyr mye. For eksempel å spørre hva slags pålegg hun ønsker. Vi må huske på at pasientene er prisgitt de som jobber her. Det er derfor mangel på respekt når personalet kommer inn på skjerming med mat uten å ha spurt hva pasienten ønsker.

Ute i miljøet: Det er en vanskelig overgang for pasienten å gå fra skjerming og ut i miljøet. Det er fort gjort å slippe opp for mye, og pasienten opplever seg da ofte ensom og forlatt. Derfor er det viktig å prøve å få til en meningsfylt hverdag. Å skrive ukeplaner/dagsplaner skaper forutsigbarhet. Det er ikke alltid det lar seg gjennomføre, men det er viktig at en har noe å komme ut til i posten.

Samtidig må vi ikke bli barnepiker. Likevel vises god omsorg ved å sette grenser – for eksempel når det gjelder bruk av penger. Solveig var ganske sexfiksert, hun hadde lett for å forelske seg i unge gutter. Her måtte jeg passe på slik at hun ikke blamerte seg. Når hun skulle sende brev, hadde vi en avtale om at jeg kunne lese dem først. Da hendte det at jeg måtte si: ”Ikke send dette i dag. Vent litt.” En slik holdning ble godtatt.

Hvorfor hun likte meg? Jeg tror mye kom av at hun følte seg respektert, og at jeg satte grenser når ting holdt på å gå over styr. Hun aksepterte det også. Når hun var høyt oppe (det gjelder også andre maniske pasienter) pratet jeg ikke så mye. Jeg forholdt meg *taus*. Maniske pasienter vil jo gjerne diskutere, men det tror ikke jeg det kommer noe godt ut av.

Ellers er jeg litt ’*ufarlig*’, tror jeg, så lenge jeg er hjelpepleier som ikke snakker noe om medisiner – jeg blir ikke så ’skummel’ da.

Jeg hører at pasienter sier at vi hjelpepleiere er mer med i det praktiske stell og oppgaver enn for eksempel sykepleiere er. ”*Men du mangler jo kompetanse,*” som en pasient sa etter avisskriveriene for noen uker siden.

Solveig har vært opptatt av å få møte meg når hun kommer til posten. ”*Åh, Kari, du aner ikke hvor mye du har hjulpet meg.*” Kanskje det som har hjulpet er at jeg har vist interesse for hennes ting? Det at jeg har stilt meg undrende og spørrende til ting hun sier. Dessuten er jeg ganske trygg på meg selv – på min egen funksjon og person. Jeg vet hva jeg er verdt, har kompetanse og kjenner min begrensning. Ting jeg ikke kan noe om, henviser jeg til andre som vet mer om det.

Kommentar:

Når det gjelder fortellingen om Solveig virker det som om det har utviklet seg en vellykket pasient-pleier-relasjon i forbindelse med en ønsket innleggelse når pasienten selv tror hun er i ferd med å bli syk. At hun selv ber om innleggelse kan ha sammenheng med flere forhold, bl.a. at Solveig kan samarbeide med den samme, kjente pleier når hun blir reinnlagt. Det er en pleier hun liker og stoler på, som fremstår som ’tydelig’ og trygg på egen funksjon og person og som kjenner sin kompetanse og som kan respektere og møte pasienten på hennes behov. Også dette med å vise interesse for hennes ting og stille seg undrende og spørrende til enkelte ting hun sier, er av avgjørende betydning. Etter lang tid har pasienten akseptert og fått innsikt i egen sykdom, noe som sannsynligvis bidro til at denne innleggelsen kunne bli så kort.

Fortellingen handler også om en pleier som langt på vei synes å ha lyktes i kunsten "å møte pasienten som person", ikke minst fordi hun så godt kjenner til pasientens historie og bakgrunn fra tidligere opphold:

For å motvirke en slik utvikling (av hyppige reinnleggelser) er det viktig for personalet å reflektere over hvordan de, innen den korte tid de har til disposisjon, likevel kan møte pasienten som person og sikre at hans 'røst' blir hørt. Spørsmålet er hvordan pasientenes egne rapporter mer systematisk kan inkluderes som en naturlig del av rapport- og behandlingsmøter, og hvordan pasienten kan delta i utforming av pleieplaner. Det er videre nødvendig å se hvordan pasientens erfaringer og opplevelser fra tiden før innleggelsen kan tas med i vurdering når pleie og behandling skal planlegges - og at man undersøker hvilken virkning sykdomsopplevelsen har hatt for hans 'livsprosjekt' (...) Avklare hvilke hindringer som finnes for at pasienten kan gripe fatt i og styre sitt eget liv på nytt. Pasienter på posten gir uttrykk for en forventning om at de skal få hjelp til å 'komme på sporet igjen' - eventuelt å finne nye 'spor' (Hummelvoll & Røsset 1999, s.44).

Noen tiltak som pleieren iverksatte i samarbeid med resten av personalet ved de begynnende maniske tendensene kan til eksempel nevnes: Grensesetting (ved f.eks. overforbruk av penger, blamering i forhold til annet kjønn, gjennomgang av skrevne brev), samtaler med vekt på positiv bekreftelse og bearbeidelse av tidligere vonde opplevelser, praktisk omsorg, forutsigbarhet i miljøet hvor hun fikk være med å bestemme sin egen uke/dagsplan, dempe og ikke nøre oppunder tendenser av diskusjoner og å bli vist interesse og respektert. Disse tiltakene viste seg å være hensiktsmessige, noe pasienten også kunne bekrefte.

Andre fortelling: Turid

Det handler om ei midelaldrende dame som kommer fra en ressursrik familie. Hun har hatt elleve innleggelser i løpet av fjorten år.

Jeg møter henne ved inngangsdøra hvor hun kommer i følge med to lensmenn fra et mindre tettsted i fylket. Med safaridress kommer hun høyreist og nærmest stolt ut av den sivile politibilen. Hun kaster et nedverdiggende blick på meg som forsøker å håndhilse på henne. Jeg legger merke til kniven i belteslira.

Aktuell situasjon: Fra legeskriv og innkomstsamtalen kommer følgende fram: Sovet lite siste tida, noe familien kunne merke allerede to måneder tidligere. Har siste natt gått rundt med hagle og påstår at mannen har hatt seksuelle forhold til

naboer og slektninger. Under samtalen virker Turid urolig, engstelig og rastløs, men gir ellers god formell kontakt uten at hun ønsker å snakke mer om den aktuelle situasjon. Hun uttrykker vekslende affekter, gråter litt og ler - også uten noen synlig foranledning. Hun blir innlagt etter §3 i Lov om psykisk helsevern.

Videre kommer det snart frem at Turid har stor taleflom med livlige assosisjoner, har et høyt aktivitetsnivå, uttrykker storhetstanker hvor de kongelige benevnes som bekjente, endatil som hennes tjenere, og hun tror at mannen hennes er "en annen". Hun viser lite sykdomsinnsikt. Hun uttrykker mistillit overfor personalet og vil nødvendig drikke vann uten først å skylle glasset flere ganger.

Sykepleievurdering og tiltak: Pasienten vurderes å trenge tett tilsyn på skjermet enhet, noe Turid også ønsker – kanskje fordi hun er kjent med dette tiltaket fra tidligere innleggelse. Bagasjen blir gjennomgått og kniv oppbevares i låsbar safe, dette gjøres etter samtykke fra pasienten og med to personale til stede. Hun samtykker i å ta en liten dose nevroleptika, noe hun også har erfaring med fra tidligere. Personalet tilbyr seg å være til stede ved behov. Paragraf vurderes opprettholdt.

Evaluering etter de neste dager: Pasienten uttrykker en klar manisk tilstand hvor symptomene er tiltagende. Blir stadig urolig mot leggetid, snakker bl.a. om andre verdenskrig, spionasje, Stalin, CIA, foreldre og naboer. Tar nå ikke grensesetting. Mener at hun selv skal bestemme når hun skal legge seg, hun uttrykker sinne, og blir oppfattet som truende overfor personalet. Hun sover lite og har vansker med å roe seg. Hun kommer stadig til døråpningen og kommenterer Palmedrapet som hun mener å være innblandet i. På en ukritisk og negativ måte utleverer hun seg selv.

I tillegg til de andre symptomene kommer det nå frem at hun ikke stoler på blodprøvesvara fra laboratoriet, hun tror hun er gravid til tross for negativ test. Hun nekter medisiner, sier at hun ikke vil skade fosteret. Hun antyder at hun har et forhold til statsministeren. Når personalet forsøker å komme henne imøte i forhold til hennes lidelse, svarer hun med lange utredninger om andre ting. Til tider kan hun være verbalt og fysisk aggressiv.

Revurdering og nye tiltak: Pasienten uttrykker nå så mye engstelse, tankeforstyrrelser og kaos i virkelighetsoppfattelsen at primærkontakt i samråd med resten av personalet iverksetter full skjerming. *Retningslinjene* ble

begrunnet skriftlig, tidsangitt (tre dager) og i størst mulig grad formulert sammen sammen med Turid og med hennes og primærkontaktens underskrift:

- Du skal oppholde deg på skjermingsenheten sammen med et personale, du bestemmer om du vil sitte alene 20 min. hver time med personalet utenfor rommet.
- Du kan gå tur sammen med et personale to ganger formiddag og to ganger ettermiddag.
- Inngående telefonsamtaler mottas på rommet, og du kan ringe en telefon per dag med avdelingens telefon på rommet.
- Personalet vil korrigere deg om de finner det nødvendig.
- Du anmodes om å ta de medisiner legen har forordnet.

"Sett, men ikke akseptert", kommenterte Turid. I forbindelse med siste punkt skrev hun: *"Ikke en hvilket som helst medisin"*. Hun er svært motvillig til medisiner, og tar kun en liten dose nevroleptika. Hun uttrykker også vansker med å følge retningslinjene og det verbale samarbeidet fungerer dårlig.

Etter to uker synes tilstanden å ha forverret seg ytterligere. Særlig har hun noen vanskelige netter og legger seg ved ett tilfelle på gulvet og roper at lege må komme øyeblikkelig. Hun kaldsvetter og uttrykker høy angst, har smerter i magen, er kvalm og tror at tarmen har perforert. Hun tror hun har kreft eller har brukket ryggen, later vannet i senga og forlanger 'sengehest' og 'tutkopp'. Sykepleieren ordinerer tilsyn av lege, måler blodtrykk, temperatur og puls. Det viser seg at pasienten er obstipert. Nødvedige tiltak blir iverksatt i forbindelse med dette og sykepleieren trøster og beroliger etter beste evne. Natta ble slitsom og hvileløs.

Etter ca. tre uker blir §3 endret til §5 (Lov om psykisk helsevern). Turid klager til kontrollkommissjonen, men får ikke medhold. Hun viser at hun nå er tryggere og er også mer samarbeidsvillig og blid i perioder. Retningslinjene endres slik at hun kan forsøke å være ute i miljøet ca. 30 min. under ettermiddagskaffen.

Hun uttrykker nå ideer om at mannen har et forhold til et kvinnelig personale, og tror også at han er syk, og har begrenset tid igjen å leve. Nettene er fortsatt vanskelige, noen netter sover hun ikke i det hele tatt, og fyller tida med å skrive brev.

Nytt tiltak: På retningslinjene, som evalueres med 2-3 dagers mellomrom, kommer et nytt punkt som Turid godkjenner:

- Utgående post skal godkjennes av primær/sekundærkontakt.

Etter en måned gjør legen et tvangsmedisineringsvedtak. Pasienten er uenig og klager til fylkeslegen. Han kommer til vurderingssamtale og pasienten får ikke medhold denne gangen heller. Turid velger nå å oppholde seg bare på skjermingsenheten selv om hun har mulighet til samvær med de andre pasientene. To dager senere blir hun tvangsmedisinert (Cisordinol Acutard 50 mg. i.m.). Samme ettermiddag går hun på kiosken, spiller piano og ringer til mannen som hun har uttrykt reservasjoner i forhold til i det siste.

Sykepleievurdering og evaluering: Turid roer seg mer på rommet alene. Neste dag sover hun mye som følge av sprøyta, det gjør hun også neste natt. Pasienten blir mer taktsom og snakker mindre. Retningslinjene endres til at hun kan hente mat selv, ellers som før. Hun velger selv å oppholde seg på skjermingsenheten, selv om personalet oppfordrer henne til samvær med andre personale og medpasienter. Overflyttes til et vanlig rom ei uke etter tvangsmedisineringa, og anmodes om å hvile en time etter hvert måltid. Hun får utgang på området etter avtale.

Etter nok ei uke får pasienten helgepermisjon under forutsetning av at hun lover å ta medisiner. Det må ellers bemerkes at pasienten tok medisiner frivillig per os etter tvangsmedisineringa, og at hun virket lettet på et vis som om hun kanskje innerst inne både visste og forstod, men at hun trengte noe hjelp og støtte til å innse at det var nødvendig.

Pasienten fikk følge av personalet hjem som et hjemmebesøk før helgepermisjonen. Hun kom tilbake påfølgende mandag og ble utskrevet samme dag. Hele sykehusoppholdet varte i knappe to måneder, og pasienten samtykker i poliklinisk oppfølging i form av avtalte hjemmebesøk en periode etter utskrivelsen.

Etter denne innleggelsen uttale at hun hadde blitt godt ivaretatt og at hun var fornøyd med oppholdet. Turid har forhåpentligvis fungert bra hjemme i de tre åra som har gått etter denne innleggelsen.

Kommentar:

Fortellingen om Turid omhandler en ny tvangsinnleggelse. Selv om hun er uenig, godtar hun både å komme og å samarbeide om de tiltakene som blir iverksett til å begynne med. Utfordringen ligger her i at pasienten uttrykker å være en annen enn den hun er (en høytstående person og venn med de kongelige), hun uttrykker nonverbalt og verbalt også en nedlatenhet i forhold til

personalet. Etter hvert som de maniske symptomer tiltar, øker også hennes motstand både mot medisiner og grensesetting.

En annen utfordring ligger i at personalet ikke opplever å 'nå inn' til henne verbalt, og at pasienten gradvis oppleves som truende. I retningslinjene anmodes pasienten om å ta de medisiner som legen har forordnet. Hun svarer med et "*sett, men ikke akseptert*". Så langt råd er - med respekt for pasientens integritet og med tanke på videre samarbeid - forsøker personalet å forhandle seg frem til enighet. I dette tilfellet kom man frem til et kompromiss og begynte med en dose som pasienten kunne akseptere selv om det viste seg å ikke gi den ønskede virkning.

Videre er det en utfordring for sykepleieren å se og å ta pasientens signaler på alvor, særlig når virkelighetsforståelsen viser seg sviktende. Etter at pasienten hadde lagt seg på gulvet midt på natten og forlangte legetilsyn, viste det seg at hun var obstipert, noe som både var plagsomt og trengte særlige tiltak. Sykepleieren må derfor hjelpe pasienten til å ta vare på personlig hygiene og andre fysiske behov som søvn, ernæring, væsketilførsel og eliminasjon (jfr. Hummelvoll 1997, s.181).

I og med at frustrasjonsterskelen hos den maniske pasient er lav, og at kontrollmekanismen i forhold til aggresjon er redusert, vil man ofte kunne oppleve tendenser til utagerende adferd. I stedet for å snakke om det som oppleves vanskelig, kan pasienten 'flykte' inni en eller annen destruktiv eller farlig handling (Hummelvoll 1997, s.186).

Sykepleierens allianse med Turid kan ikke direkte betegnes som god; pasientens uttrykk stimulerer ikke personalet til å ta kontakt, kanskje snarere å holde seg på avstand. Det er en utfordring for personalet å ha innsikt i hvilke handlinger som skal utføres, og hva som skal kommuniseres til tross for at pasienten ikke virker interessert i samarbeid:

Når pasienten viser evne til å gi uttrykk for sinne og irritasjon på konstruktive måter, bør disse oppmuntres ved positive kommentarer (Hummelvoll 1997, s186).

Ved utskrivelsen viste deg seg at samarbeidet likevel ikke hadde vært mislykket, selv om personalet til tider måtte handle på pasientens vegne og uten hennes klare samtykke. Det positive var at hun nå takket ja til et poliklinisk oppfølgingstilbud hvor flere temaer er aktuelle å arbeide med, for eksempel bearbeidelse av vanskene som viste seg under siste innleggelse og forebygging av nye episoder.

Tredje fortelling: Anne

Bakgrunn: Anne er i begynnelsen av 40 årene, er skilt og har to barn. Hun hadde flere innleggelse på 80-tallet med diagnosen manisk-depressiv lidelse. Etter et alvorlig selvmordsforsøk fikk hun omfattende somatiske skader noe som også førte til at hun ble noe kognitivt redusert og ble uføretrygdet. Hun fungerte etter hvert godt i mange år med Lithiumbehandling og støttesamtaler med psykiater når hun hadde behov for det, og fikk også en deltidsjobb.

Ny innleggelse: Hun kom til posten i følge med sin datter og svigersønn. Siste uke hadde hun blitt betydelig oppstemt, aktivitetsnivået økte stadig, hun handlet mye og hadde mange 'baller i luften' – så mange at de praktisk sett ikke lot seg gjennomføre. Hun ble lett sint og det hendte hun slo pårørende. I samråd med legen var Lithium seponert og nye medikamenter vegret hun seg for å ta. Hun ville ikke være på posten, men det ble vurdert at det var grunnlag for tvangsinnleggelse (§ 5 Lov om psykisk helsevern).

Vurdering og tiltak: Da Anne nå var inne i en manisk fase, var det viktig å finne ut hva det var hun hadde størst problemer med i forhold til sin mani. Etter å ha snakket med og observert henne, kom det frem at hun slet med lav frustrasjonserskel, hadde svingende stemingsleie, at hun hadde samarbeidsproblemer og at sykdomsinnsikten manglet. Hun snakket ustanselig og greide ikke å holde fokus i korte samtaler eller å motta informasjon.

Siden hun ikke hadde særlig sykdomsinnsikt, måtte jeg sette opp en målsetting for hennes behandlingsopplegg. *Hovedmålet* var at hun skulle oppnå et stemingsleie og en atferd som var preget av moderasjon og relevans i forhold til situasjonen. *Delmålene* ble mer kortsiktig utformet: at hun skulle make å orientere seg om forholdene rundt seg, holde fokus i en kort samtale og at hun skulle klare å motta informasjon. Før tiltak ble skrevet, ble hennes *ressurser* fokusert: Hun har en familie som bryr seg om henne og hun har tidligere hatt stor tillit til deler av helsevesenet. Hun er glad i dyr, matlaging og kan uttrykke seg forståelig og kan i korte perioder samarbeide.

Tiltakene rettet seg i første omgang mot å formidle ro og trygghet og skape forutsigbarhet, dvs. gjennom informasjon om hva som skulle skje og hvorfor (kortfattet), samt å benytte en klar kommunikasjon. Viktigheten av minst mulig stimuli i den første perioden ble også understreket. Pasienten ble derfor skjernet en lengre periode. I tillegg var grensesetting et tiltak siden Anne i perioder var svært utprøvende. Grensesettingen inneholdt retningslinjer, veiledning og korreksjon ved uhensiktsmessig atferd. Fysisk fiksering ble også aktuelt en gang

like etter at hun kom til posten. Innsiktsøkende samtaler ble også vektlagt i form av 'containing', speiling, motivasjon til egenkontroll, forslag til alternative reaksjonsmåter og oppmuntring ved konstruktiv atferd. Av andre tiltak kan nevnes motivasjon til å ta medisiner og observasjon av medikamentenes virkninger og bivirkninger.

Evaluerings av tiltakene: Det var tydelig at Anne profitterte på ro og begrensning av stimuli. Hun ble roligere og kunne i perioder holde fokus i korte samtaler. Personalets egen trygghet var en viktig faktor. Jeg merket selv at Anne oppfattet min utrygghet i begynnelsen da hun var sykest. I denne perioden var hun mer utagerende både verbalt og motorisk. I denne situasjonen søkte jeg *veiledning* hos postpersonalet. Det gjorde at jeg ble sikrere på min egen atferd og jeg følte meg 'trygg' sammen med Anne, noe som også virket inn på henne slik at hun også ble roligere. 'Containing' var en viktig del i startfasen. I kommunikasjonen med henne la jeg vekt på å unngå argumentasjoner, ikke 'forsterke' og bruke unødvendig mye tid på upassende kommentarer i startfasen og å gi her-og-nå orientert informasjon. Ved å være rolig, ikke-dominerende, men likevel tydelig – opplevde jeg at Anne ble roligere.

I forsøket på å forklare hvorfor hun var her, brukte vi speiling. Noen ganger virket det dempende på henne, andre ganger ikke. Det som så ut til å gjøre henne godt i en periode med vanskeligheter og kaos, var å 'forsterke' positiv atferd og gi henne oppmuntrende bemerkninger.

Anne dempet seg etter hvert og den maniske perioden gikk over i en avslutningsfase. Målet i denne perioden var å holde stemningsleiet stabilt. Dette var særlig viktig da hun var redd for å gå over i en depresjon. Vi arbeidet også for at hun skulle få gjennomarbeidet den psykotiske opplevelsen og få et meningsfylt forhold til lidelsen. Likedan arbeidet vi med å etablere et samarbeid med førstelinjetjenesten før hun ble utskrevet. I denne perioden arbeidet vi fortsatt med innsiktsøkende tiltak: Tilbud om bearbeidelse av den psykotiske opplevelsen, forebygging av nye maniske episoder, kartlegging av tidlige symptomer som ble nedskrevet, drøfting av hva hun kunne gjøre (tiltaksplan) hvis hun senere kom opp lignende situasjoner. Det ble også arbeidet med miljøtiltak, og hun fikk prøve seg på dags- og helgepermisjoner. Endelig ble det etablert kontakt med psykiater og psykiatrisk sykepleier som skulle følge henne opp hjemme.

Dette arbeidet gikk fint og Anne var fornøyd. Dessverre gikk hun gradvis over i en depressiv fase. Hun ble behandlet med antidepressiva uten særlig effekt, deretter ECT som gav god virkning etter noen ganger og hun ble utskrevet.

Etterord: Jeg vil presisere hvor nødvendig og viktig det er med veiledning i situasjonen i og med at jeg var forholdsvis ny i psykiatrien. Den støtten og veiledningen jeg fikk fra personalet ble avgjørende for meg. Dessuten var det viktig for meg med faglig oppdatering, derfor forholdt jeg meg i denne perioden til Hummelvolls bok: "Helt – ikke stykkevis og delt".

Kommentar:

Anne ønsket heller ikke innleggelse. Hennes sykehistorie med problemstilling ble skissert i forhold til målsetting, ressurser og tiltak. Under alliansebyggingen oppstår et tett samspill mellom pasient og sykepleier. I denne fortellingen fremstår sykepleieren som en rollemodell ved at hun formidler ro, trygghet, tydlighet og sikkerhet, og ved at hennes holdninger og handlinger på et vis kan gjenspeile seg i pasientens adferd.

Når pasienten i dette tilfellet var utagerende både verbalt og motorisk, mener sykepleieren at egen utrygghet kan påvirke pasienten til å bli mer utagerende. Sykepleieren søkte da veiledning hos postpersonalet underveis:

På den måten ble jeg sikrere på min egen adferd og jeg følte meg 'trygg' sammen med pasienten. Dette så ut til å overføres til pasienten som jeg opplevde som roligere når jeg selv var rolig.

Av andre utfordringer i samarbeidet kan nevnes: Å gjennomføre samtaler med vekt på 'containing', dempe argumentasjon og upassende kommentarer, her-og-nå orientert informasjon, 'speiling' som metode for innsikt, forsterkning og bekreftelse av positiv adferd og hvor måten å kommunisere på blir vektlagt. Sykepleieren opptrådte ellers ikke dominerende, men rolig og tydelig overfor pasienten:

Kommunikasjonen med en manisk pasient fremmes ved sykepleierens evne til å lytte til hva pasienten formidler verbalt - og ikke minst nonverbalt - fordi pasienten har et så høyt psykisk tempo at det kan være vanskelig å følge hans tankebaner (...) Avgjørende er at man forsøker å få med seg ordene og sortere hvilken mening pasienten søker å uttrykke (...) Kommunikasjonen bør være preget av korte og enkle setninger med et innhold som er her-og-nå orientert (Hummelvoll 1997, s.179).

Avslutningsvis i samarbeidet ble det i samtaler og miljøterapi lagt vekt på å opprettholde et stabilt stemningsleie, bearbeidelse av psykotiske opplevelser, innsiktsrettede tiltak og utarbeidelse av en 'tiltaksplan' for hvor hun kunne

henvende seg hvis ting ble vanskelig for blant annet å kunne forebygge nye maniske episoder.

Etter først å ha vært aktiv i maniske høyder sank stemningsleiet til dyp depresjon – en tillegglidelse for pasienten som vi bare kan ane betydningen av.

I en overgangsperiode forsøkte pasienten i økende grad å ta permisjoner hjem, samtidig ble det også etablert et samarbeid med førstelinjetjenesten, en slags 'brobygging' mellom institusjon og livet ute. Denne ordningen viste seg å være til hjelp for pasienten når det gjelder det videre forløp.

Selv om sykepleieren var forholdsvis ny i posten, utviklet det seg en god pasient-sykepleier-relasjon med et samarbeid som pasienten uttrykte takknemlighet for ved utskrivelsen. Fortellingen viser også hvor viktig det er å søke her-og-nå veiledning i usikre situasjoner. Sykepleieren understreker også betydningen av støtte fra personalet i i ny-ansettelsesperioden, samtidig som hun selv tar medansvar for faglig oppdatering og støtte.

Fjerde fortelling: Terje

Bakgrunn: Terje var i midten av 50-årene og hadde sin andre innleggelse etter § 5 i Lov om psykisk helsevern. Første innleggelse hadde han to år tidligere. Moren, som han var nært knyttet til, døde like før første innleggelse. Terje er gift og både hans kone og han selv har barn fra tidligere ekteskap. Like før siste innleggelse hadde han sagt opp sin stilling som journalist på grunn av uoverensstemmelser med redaktøren.

Aktuell situasjon: I posten fremstod han språkmektig både muntlig og skriftlig. Han hadde kardinalord som respekt og tillit, og vektla gjerne sine synspunkter med henvisning til lovverk, bla. forvaltningsloven. Han hadde hatt mistillit til behandlende lege ved første innleggelse, og det samme gjentok seg under den aktuelle innleggelse. Terjes forhold til sin kone og legen ble vanskelig fordi begge hevdet at han trengte behandling. Terje mente at hun nå fikk velge om hun ville stole på ham eller legen. Det endte med at Terje sa det var best at de ble separert og sendte henne giftingen sin. Det ble imidlertid ikke noe endelig brudd, fordi når det kom til stykke var nok kona og hunden deres "de beste terapeuter". Størst roen fant han når han var hjemme hos dem. De gangene kona og hunden kom på besøk, var gjensynet med hunden hjertelig.

Oppholdet på posten: Terje prøvde stadig å påvirke legen gjennom samtaler, brev og søknader om å få endret og lempet på behandlingen. I en periode gjentok dette seg daglig, og hans bruk av kopieringsmaskin for å sikre seg kopier av brev

og dokumenter måtte til slutt begrenses. Han opplevde sin pasientstatus med skjerming og retningslinjer som nedverdiggende og krenkende. Samtidig mislikte han enhver tvil og usikkerhet hos personalet. Retningslinjene som kontaktsykepleier satte opp i samråd med personale og lege ble temmelig firkantede, og jeg som kontaktsykepleier fikk oppnavnet "Per firkant". Jeg hadde behov for veiledning av andre i personalgruppen, både i forhold til pasientens veltalenhet, til retningslinjer osv.

Terjes forhold til personalet varierte. Han førte liste og opptegetninger over det stadig økende antall personale og skjermingskontakter han måtte forholde seg til. Hver enkelt ga han spesielle 'oppnavn'. Han følte han hadde en egen misjon som velgjører og problemløser, og tegnet og presenterte ark med modeller for hvordan den enkelte i personalgruppen skulle få en bedre livskvalitet.

Vurdering: Inntrykket av Terje varierte. Innimellom virket han gutteaktig fornøyd, og tøyset med ordspill og historier til sine 'oppassere' når han gikk tur på sykehusområdet. Men man så også en voksenperson som følte sin autonomi betydelig innskrenket, og som opplevde behandlingen både absurd og krenkende fra sitt ståsted. En gang var jeg redd han skulle bli suicidaltruende etter en konfrontasjon i forhold til å få beholde lighteren sin på skjermingsrommet. Han sa at han ville sultestreike. Hans motstand mot behandlingen viste han også ved å rømme fra avdelingen. Da han kom tilbake, sa han at han hadde villet utfordre 'systemet' – ved å vise at han ikke kunne tilbakeholdes mot sin vilje. Gutteaktig fortalte han personalet at han hadde 'Houdinis evner', dvs. at han hadde gjemt unna verktøy for å kunne klare å rømme igjen...

Han klaget til Kontrollkommisjonen. Ved møte med kommisjonen virket Terje optimistisk. Etter møtet tolket han det nonverbale budskapet i situasjonen med en karikerende tegning; Han tegnet seg selv som liten person på stol ved siden av sin 'talsmann', mens kommisjonens medlemmer ble fremstilt som 'en gjeng strutser' med hodene ned i bordplata.

Han skrev stadig, tegnet, klippet, limte og lagde collager. Ved en anledning var speilet på rommet gjenklistret med avisutklipp om en jaget østerdalsulv - og den meningsløse jakten var liksom hans historie.

Det ble fattet tvangsmedisineringsvedtak to ganger. Det første var en viss mengde Orfiril sammen med en mindre dose Cisordinol. Neste vedtak ble gjort for å kunne bruke nødvendige og store nok doser av både stemningsstabiliserende og antipsykotiske midler. Pasienten klagde hver gang til fylkeslegen, og saksgang med skriftlig avslag og tidsfrister ble fulgt. Pasientens innstilling til legen og behandling med medisiner tok først

vendepunkt etter at en bekjent av ham, som han hadde stor aktelse for i et brev rådet ham til å samarbeide om behandlingen. Deretter fikk pasienten sin første permisjon hjem. Når han først hadde fått permisjoner, var han snar til å be om ny permisjon straks han kom tilbake til posten, noe han fikk etter samtale og vurdering av legen. Han var fortsatt på § 5 i Lov om psykisk helsevern. Ettersom han nå var mer hjemme enn på sykehuset, og tiden gikk, så skrev hans kone til slutt et brev og ba om at mannen ble utskrevet. Etter konferering med fylkeslegen bestemte legen å skrive ham ut. Pasienten av slo poliklinisk oppfølging.

Kommentar:

Fortellingen om Terje viser noe av det vanskeligste personalet står overfor, nemlig når pasienten ikke under noen omstendighet er enig i at han har en lidelse som han trenger hjelp for.

Terje var språkmektig, veltalende og kunnskapsrik - også i forhold til sine juridiske rettigheter. Han opplevde tiltak som grensesetting og skjerming som nedverdiggende og krenkende, og brukte sin energi til stadige forsøk på å påvirke både legen, personalet og kona til å forandre sine standpunkt med hensyn til behandlingsbehovet. Han firte aldri på dette synet og satte derfor igang mottiltak. Selv om han nok uttrykte en gutteaktig fornøydhets over sine fantasirike ordspill og historier, opplevde han sin autonomi så innskrenket at han ved en anledning 'la seg til' med ønske om sultestreik og gav inntrykk av selvmordstanker:

Når pasienten selv ikke makter å styre seg selv og sine behov, må sykepleieren handle på pasientens vegne, og handle ut fra prinsippet om hypotetisk samtykke (dvs. at pasienten i ettertid ville ha samtykket i handlingen). Det er både en faglig og etisk vurdering som må gjøres når man skal bestemme om man skal overta styringen på pasientens vegne (genuin paternalisme). Målet er at pasienten ikke skal skade seg selv, sitt omdømme eller andre. Erfaringsmessig slapper en del pasienter av når avgjørelsen om at personalet temporært tar over styringen først er fattet (Hummelvoll 1997, s.183).

Antall personale på en skjermingspost er høyt (over 20 fast ansatte, i tillegg et titalls mer og mindre kjente vikarer). Det innebærer at pasienten må forholde seg til mange. I dette tilfellet virket alt personale han måtte forholde seg til uheldig, fordi det blir så mange 'å spille ut på' både med hensyn til utprøving av grenser

og muligheter for splitting av personalgruppen. Det er innlysende at det ikke er lett å opparbeide gode, nære relasjoner til mer enn noen ganske få.

Utfordringen her er å ha en god kommunikasjon innen personalgruppa hvor kontaktsykepleieren opplever enighet om standpunktene som blir presentert for pasienten, og hvor han også kan få veiledning og støtte ved behov - noe som vil virke positivt tilbake på pasientsamarbeidet. Dessuten er det viktig å fremstå som en hel og tydelig person:

Å være tydelig kan blant annet innebære å våge å være uenig med pasienten og begrunne uenigheten kortfattet, eller også at man støtter fullt ut det man er enig i.

(...) En vesentlig oppgave for primærkontakten er å være en emosjonell stabilisator i situasjonen ved at man ikke lar seg drive med av pasientens skiftende stemninger og impulser. (...) Alliansen fremmes videre ved å vise ekte interesse for pasientens liv. Dette demonstreres klart gjennom at pleien og behandlingen individualiseres og tilpasses de behov det er rimelig at pasienten får dekket under oppholdet (Hummelvoll 1997, s.183).

Etter to vedtak om tvangsmedisinering og klager til fylkeslegen med avslag, bestemte pasienten seg for å inngå et slags samarbeid. Det var også etter råd fra en nær bekjent. Han begynte å få permisjoner hjem, og da disse ble mer hyppige, kom det anmodning fra kona om utskrivelse, noe som ble etterkommet i samråd med fylkeslegen.

I denne fortellingen, som en også kan gjenkjenne i de fleste sykdomsforløp, kan en registrere et *avgjørende vendepunkt*. Selv om det syntes å stå i "stampe" uke etter uke, skjedde det noe som gjorde at pasienten tok en ny vri, eller fikk en ny giv. Han fulgte rådet fra vennen om å samarbeide om behandlingsopplegget, og resultatet lot heller ikke vente på seg.

Med tanke på den eksistensielle lidelse skriver Hummelvoll om en aning av en slags forelskelse i livet med dets høyder og dybder:

"Samtidig finnes en tristhet knyttet til brutte forhåpninger i forhold til et liv som ikke ble slik man ønsket. (...) Man kan oppleve seg naken og forsvarsløs i sin selvavsløring fordi man har lite forsvar mot alt som strømmer på av ytre inntrykk og indre impulser. Eksistensiell ensomhet kan erfares med tyngde. Det kan være vanskelig for andre å forstå ens kamp mot et følelsesliv som synes uregerlig "(Hummelvoll 1997, s.174).

Pasienten avsto - ikke uventet - poliklinisk oppfølging etter utskrivelse. Dermed ble muligheten til å få hjelp til å integrere opplevelsene under sykehusoppholdet avskåret – og overlatt til han egen bearbeiding.

Generelle utfordringer i alliansebyggingen

Ved pasientens ankomst til posten, gjør pleieren bevisst eller ubevisst refleksjoner knyttet til om det er en tidligere kjent pasient eller ikke. Er pasienten kjent er det lett å trekke linjer fra tidligere opphold som et sammenligningsgrunnlag. Dette kan være både positivt og negativt.

To av pasientene i fortellingene var kjent fra tidligere innleggelser, og personalet kunne bruke erfaringsmateriale fra tidligere opphold. Dette kan likevel bli negativt hvis personalet på grunn av tidligere uheldige opplevelser har forventninger om at disse skal gjenta seg - og dermed lar relasjonen og videre opplegg bli preget av det. Det kan bli positivt hvis man greier å finne pasienten der han er i sin aktuelle situasjon - samtidig som man legger opp til et samarbeid med mest mulig forutsigbarhet og kontinuitet med personer pasienten er kjent med fra før.

I møte med den enkelte pasient er det viktig å få frem det særegne i hans situasjon. Selv om man mener å kjenne pasienten godt gjennom flere tidligere innleggelser, er det viktig å finne pasienten der han er nå, fordi viktige erfaringer er gjort i den mellomliggende perioden (Hummelvoll 1997, s.178).

Det er også en utfordring for pleiepersonalet at tre av disse fire innlegges mot eget ønske og egen vilje, med noe så nedverdiggende som følge av politi- eller lensmennsbetjenter på grunnlag av en tvangsparagraf i Lov om psykisk helsevern. Utgangsposisjonen er derfor problematisk. Imidlertid viser det seg at to av pasientene uttrykker direkte eller indirekte at de forstår at de trenger hjelp og er villig til å samarbeide. Den største utfordringen fremstår når man skal forsøke å samarbeide med personer som ikke på noe tidspunkt kan innse eller forstå at de trenger verken innleggelse eller behandling.

De faglige utfordringene dreier seg om å kunne møte pasienten på en måte som linder hans lidelse, tar vare på hans personlige og sosiale integritet og som fremmer hans helse. Man søker å redusere varigheten og alvorlighetsgraden i episoden og føre han tilbake til normal fungering så raskt som mulig (Hummelvoll 1997, s.177).

Konklusjon og anbefalinger

Ny litteraturgjennomgang har vist at man særlig har vært opptatt av medisinske aspekter ved lidelsen (årsaksforhold, sikker diagnostisering, prognostiske faktorer, medikamentell behandling og 'compliance', dvs. følge opp foreskrevet medikasjon) og for en del psykososiale intervensjoner (i forhold til økonomi, arbeidsliv, familie samt psykoedukasjon og psykoterapi). Materialet handler om personalets forståelse av mani som fenomen og lidelse og hvordan mennesker med denne lidelsen best kan møtes i en akuttpsykiatrisk avdeling. Relatert til forskningsspørsmålene, kan følgende konklusjoner trekkes:

Forståelse av mani som fenomen og lidelse

- *Litteraturgjennomgangen* viser at mani kan betraktes på et kontinuum fra mild til alvorlig mani. Den *milde* manien preges av opprømtet og eufori. Den fysiske aktivitetstrangen er øket og søvnbehovet er redusert - og lett tilgang både på tanke- og følelsesliv gjør at personen opplever seg kreativ. Den *moderate* manien viser seg i tydelig hevet stemningsleie, intensivert tankeaktivitet med tendenser til tankeflukt, lett distraherbarhet og redusert konsentrasjonsevne. Personen preges av overaktivitet, høy beredskap for kontakt og nedsatt vurderingsevne med klart forringet selvinnsikt. Personlig hygiene, søvn og ernæring blir ikke tilstrekkelig tilgodesett. I den *alvorlige* manien er de foran nevnte kjennetegn ytterligere forsterket, og det uvanlig høye stemningsleiet og mentale aktivitet blir påtrengende for andre. Evnen til egenomsorg er sterkt nedsatt. Både 'fastlåste forestillinger' og eventuelle hallusinoser knyttes ofte til storhetsforestillinger eller opplevelse av forfølgelse.
- *Personalet* på Akuttposten møter maniske uttrykk hos pasienter i moderat eller i alvorlig form. Manglende konsistens i tenkningen gir seg uttrykk i form av at kommunikasjonen flyter ut, og impulsrikdomen fører til et antatt indre kaos som observeres rundt ham. Irritasjon og aggresjon synes å være konsekvenser av den frustrasjon som følger av begrensninger i utfoldelsesmulighetene når personen opplever å ha en sterk handlingstrang. Personer med mani presenterer seg med en tilsynelatende sikker selvfølelse som uttrykkes gjennom forestillinger om egen betydningsfullhet. Likevel tolker personalet selvfølelsen som skjør og sårbar. 'Nakenhet' i personens selv-presentasjon står frem - og både behov og grunnleggende begjær blir synlige. Personen markerer seg i miljøet med sin initiativrikdom og impulsive atferd - og påkaller og krever oppmerksomhet.

- *Litteraturen beskriver tre lidelsesuttrykk: sykdomslidelse (konsekvenser av 'sykdomstilstanden' – manien er slitsom både fysisk og psykisk), eksistensiell lidelse (konsekvenser av eksistensiell ensomhet, å kjenne seg forsvarsløs i forhold til stemningssvingningene og å ikke kunne kontrollere eget liv) og lidelse som følge av sykepleie og behandling (konsekvenser av måten personen blir møtt på).*

Personalet er oppmerksomme på disse lidelsesformene. De ser sykdomslidelsen gjennom det typiske i pasientens atferd: overaktivitet som fører til at de fysiske behovene neglisjeres, selvsentrerthet og manglende egenkontroll som fører til sosiale vansker og ensomhet – og impulsivitet som bidrar til at pasienten ikke vet hvor han vil. Personalet aner den eksistensielle lidelse gjennom det unike i personens situasjon: De ser spenningen mellom personens pasientstatus og hans sivile jeg. Det sosiale stigma knyttet til lidelsen, og til å være psykiatrisk pasient, er problematisk for enkelte. Personalet registrerer personens kamp for å bevare sin selvaktelse – og 'flukten fra sin sårbarhet', og de forstår den tvil som melder seg hos personen etter at han i en manisk fase kan ha eksponert seg selv negativt. Personalet ser flere muligheter for opplevelse av sykepleie- og behandlingslidelse. Disse mulighetene gjelder i særlig grad det nedverdiggende i å bli innlagt mot sin vilje, opplevelse av manglende tillit til behandlere og personale (som ikke forstår at han ikke trenger behandling, og når han behandles, at hans krav ikke imøtekommes), at hans ytringsfrihet begrenses (telefoner, brev), at bevegelsesfrihet og kontaktmuligheter reduseres (skjerming) og at han eventuelt utsettes for tvangsvedtak om medikamentell behandling.

Personalets møte med den maniske pasient og forbedring av praksis Postkulturen

Postkulturen beskrives av flere i personalgruppen som 'firkantet' (dvs. regelstyring og 'faste rammer'). Verdien av 'faste rammer' er en del av den tenkning i postkulturen som kanskje særlig gjelder for maniske pasienter. Som strategi betraktet skal disse rammene ideelt bidra til struktur, forutsigbarhet og trygghet for pasienten. Det synes som om medisinerer er en del av disse rammene. Kulturen preges likevel av en tvetydighet i forhold til hvordan man skal forstå og arbeide med mennesker som har en manisk lidelse. Denne tvetydigheten gir seg bl.a. utslag i at det er et språk mellom ord og handling når det gjelder å følge opp de faste rammene. Følgelig er det vesentlig at personalet drøfter hva slags kultur de ønsker pasientene skal møte i posten – og hvilken kultur som stimulerer produktivt personalsamarbeid og som fremmer

konstruktiv omsorgs- og behandlingskompetanse. Dette medfører at man avklarer hvilke behov man antar pasienter har som kommer til posten, og at man diskuterer hvilke verdier og holdninger som skal kultiveres. I denne sammenheng er det vesentlig at personalet arbeider på ulike måter for at postens grunnsyn og målsetting blir realisert.

Anbefalinger: For at dette verdigrunnet skal integreres hos den enkelte, må man jevnlig drøfte grunnsyn og målsetting knyttet både til arbeidet med den enkelte pasient, men også i forhold til hvordan dagsprogram og 'postatmosfære' skal møte de grunnleggende behov hos pasientgruppen. Denne drøftingen bør skje på journalmøter, i undervisning og veiledning og i primærkontaktens samtaler med den enkelte pasient.

Å forstå og møte pasientens behov og begjær

Personalet oppfatter at den maniske person dypest sett begjærer å oppleve seg forstått i sin lidelse og bekreftet som person. Han opplever ofte innleggelsen som en krenkelse og som en misforståelse. Nettopp den situasjon han er i nå – hvor han kjenner seg kreativ og iderik med mange prosjektmuligheter – må utnyttes. Derfor skaper det frustrasjoner når hans nærmeste og mennesker rundt ham ikke forstår hvor klarsynt, kompetent og ressursrik han kjenner seg. Personalet tolker hans behov annerledes enn han selv gjør. De oppfatter primært at han har behov for trygghet, fellesskap, struktur og respekt.

Anbefalinger: En vesentlig utfordring for personalet er å forstå og møte pasientens behov, og ikke ureflektert følge opp hans stadig skiftende krav. Derfor er det viktig å kunne skille mellom hva som er grunnleggende behov, som pasient må få dekket, og hva som er impulsbaserte krav. I denne sammenheng vil særlig pasientens primær- og sekundærkontakter ha en vesentlig funksjon som *emosjonelle stabilisatorer* – samtidig som de skal holde frem målene for omsorgen og behandlingen. Forståelse av pasientens behov og aktuelle tilstand forutsetter faglig kunnskap og en empatisk holdning. Kildene til forståelse av den enkelte pasient er samtaler, observasjon og opplysninger fra pårørende. Indirekte legger pasienten igjen 'spor' gjennom notater, tegninger og tilsynelatende tilfeldige utsagn.

Et fruktbart hjelpemiddel i dette arbeidet med å få frem pasientens perspektiv kan være sykepleieplaner (jfr. Hummelvoll 1997, s. 371), hvor pasientens perspektiv og forståelse kommer frem.

Alliansebygging og kommunikasjon

Grunnlaget for alliansebygging er kommunikasjon frem mot felles forståelse av pasientens behov og aktuelle situasjon slik at han får komme frem som person. Derfor vil det være viktig å søke kunnskaper om pasientens sivile liv ('normaltilstanden'), hans interesser og ressurser.

Å etablere en allianse med pasienten oppleves utfordrende, særlig i de tilfeller hvor pasienten innlegges mot sin vilje. Grunnholdningene må da være respekt og omsorg. *Primærkontakten* har en sentral oppgave her ved å forsøke å skape et samarbeid om det som bør være et felles prosjekt, nemlig å lindre lidelsen og hjelpe pasienten til 'å komme på sporet igjen' der han slapp før problemene meldte seg. Dette forutsetter en utforskende holdning i forhold til hva som lindrer lidelsen. Primærkontakten får en *mediator-funksjon* mellom pasientens forståelse og personalets. I denne posisjonen kommer ofte primærkontakten i en lojalitetskonflikt – som ikke enkelt lar seg løse. Primærkontaktens oppgave er å sikre god sammenheng i omsorgen og behandlingen gjennom rapportering, retningslinjer, pleieplan og organisering av arbeidet.

Anbefalinger: Generelt vil det være vesentlig å søke å få et bilde av pasientens sivile liv. Dette kommer frem gjennom å be pasienten fortelle om seg selv – både om sin historie, sine ressurser og problematiske forhold i livssituasjonen. Den sikreste metode til å la pasienten som person å komme til syne er hjemmebesøk.

Kommunikasjonen i de ulike faser av oppholdet, krever generell, faglig kunnskap om mani og spesifikk forståelse av pasientens situasjon. I den *akutte fase* (orienteringsfasen) bør kommunikasjonen være klar og entydig. Temaene i samtalene knyttes gjerne til her-og-nå situasjoner – samt en forsiktig 'speiling' av pasientens atferd. Den '*kommunikative testen/leken*' må iakttas og reageres på ut fra en forståelse av hvilken funksjon den har hos pasienten i ulike sammenhenger.

I *bearbeidingsfasen* vil fokus rettes mot muligheter til å bidra til å øke pasientens selvinnsett (ved å fokusere hans selvoppfatning), undervisning om sykdomstilstanden og bearbeide hans reaksjoner på sin pasientstatus. God '*timing*' er nødvendig for å finne når tiden er inne for å ta opp disse temaene. Skal man hjelpe pasienten til 'å komme på sporet igjen', må han få hjelp til å se at manien er en *av-sporing*.

I *avslutningsfasen* bør man bidra til at pasienten får organisert sine erfaringer. Dette er en form for '*etter-slått*' (oppdyddingsarbeid) som kan gi pasienten mulighet til å integrere sykdomserfaringen i hans erfaringsramme. Pasienter som ikke ønsker denne form for bearbeiding må respekteres for dette. Undervisning

om lidelsen og hvordan tilbakefall kan motvirkes, bør inngå i primærkontaktens arbeid – eventuelt sammen med legen.

Det er viktig at personalet er oppmerksomme på *vendepunktet* i pasientens tilstand, dvs. når han makter å være samlet og viser evne til introspeksjon, og utnytte dette tidspunktet til samtale om hans situasjon. *Hypotesen* om at hjelp til 'etter-slått' (dvs. samtale om det som har skjedd) før pasienten nærmer seg begynnende depresjon – for på den måten å bidra til at depresjonens dybde og omfang begrenses – bør testes ut på erfaringsmessig grunnlag i forhold til den enkelte pasient.

En god allianse krever også en åpen innstilling fra personalet i forhold til aktivt å be om pasientens vurderinger og erfaringer fra oppholdet i forhold til omsorgens kvalitet.

Felles holdninger

Det synes som om arbeidet med maniske pasienter lett skaper uenighet om holdninger og tiltak. Tendenser til splitting i personalgruppen kan oppstå ved at pasienten prøver ut personalets grenser og søker å oppnå sine ønsker hos de som oppleves mest mottagelige for hans perspektiv. Hvis personalet ikke kommuniserer frem mot konsensus – med uttalte begrunnelser for holdninger og tiltak – blir behandlingen lett tilfeldig. Resultatet av manglende konsensus kan observeres hos enkelte i personalgruppen ved at de blir utydelige i sine holdninger i møte med pasienten, og at de 'viderekobler' ansvaret for å ta bestemmelser til lege og primærkontakt – i stedet for å stå i situasjonen, ta imot pasientens reaksjoner og handle ut fra det som personalet har blitt enige om.

'Å slå en ring rundt pasienten' er et bilde på personalets forståelse av hva felles holdninger innebærer. Det betyr at pasienten skal oppleve at personalet har en innebygget hukommelse for mål og beslutninger – og på den måten sørge for konsistens i holdninger - og at det skapes kontinuitet i samarbeidet. Dette forutsetter en felles forståelse av hvilke behov pasienten har, hvilke problemer som skal prioriteres og hvilke tiltak som er relevante i forhold til disse. Innholdet i 'holdningsringen' bør kjennetegnes av pasienttilpasset informasjon og orientering, klare og enkle retningslinjer og samstemte holdninger. Virkningen av en slik samstemthet er at det skapes forutsigbarhet for både pasienter og personale, at man beskytter pasienten mot negativ selv-eksponering og at han møtes med respekt.

Anbefalinger: Særlig betydningsfullt er det at det medisinske og sykepleiefaglige tilbud samordnes – bl.a. i forhold til den medikamentelle behandling. Personalet bør fremstå tydelige i sine holdninger og grenser,

forklare pasienten om intensjonen med behandlingen og å gi begrunnelser for tiltak. Det er et mål å søke å involvere pasienten i planleggingen av sin egen behandling slik at også han inkluderes i forståelsen av hvorfor et konsistent opplegg med felleskap i holdninger er gunstig for at han skal komme til rette med sine problemer og sin lidelse. Derfor må det vurderes når pasientens tilstand er slik at han kan inviteres til å delta på behandlingsmøter når hans situasjon skal drøftes, slik at man sikrer at hans mening blir hørt. Etter behandlingsmøter som pasienten ikke deltar i, bør lege eller primærkontakt informere om resultatet av drøftingen.

Retningslinjer

Retningslinjer er uttrykk for gjensidige forpliktelser mellom pasienten og personalet, og tjener som et supplement til de ordinære 'husreglene' for pasienter som trenger klare rammer og struktur. De er ment å fungere som en avtale mellom pasienten og personalet (ved primærkontakten) om forventninger, rettigheter og begrensninger – og underskrives av begge parter. Ofte starter retningslinjene med en begrunnelse: *"Vi oppfatter at du trenger søvn, hvile og medisiner. Vi vil gi deg støtte med stuktur og rammer."* Eller: *"Vi oppfatter at du er i psykisk ubalanse nå, og at du derfor trenger hjelp til å strukturere dagen din i en periode fremover."* Deretter følger en punktvis presisering av hva strukturen og rammene innebærer. Personalet legger vekt på at også pasienten skal komme med forslag til hva som skal nedfelles. Retningslinjene avsluttes med ønske om godt samarbeid og snarlig bedring.

Det er en stadig diskusjon mellom pasienter og personalet hvor stramme retningslinjene skal være, og personalet opplever det ofte slitsomt å 'håndheve' retningslinjene. Når personalet kjenner seg trygge på at de handler på vegne av personalgruppens faglige forståelse, og hvis de dessuten vet hva pasienten etter tidligere opphold har satt pris på, er det lettere å 'stå i situasjonen' og representere faste rammer. Slike tydelige rammer synes å ha en positiv virkning for personalets omsorgsfunksjon ved at de mer kan fokusere på å se og anerkjenne pasienten som person og møte hans behov.

Anbefalinger: Den praksis som er nevnt over bør fortsette. Graden av deltagelse fra pasientens side vil variere, men i hovedsak bør retningslinjene skrives sammen med pasienten. Retningslinjenes midlertidige karakter må presiseres ved at det angis for hvor lang tid de gjelder (for eksempel fra to til fem dager). Kjenner man pasienten fra tidligere opphold, drøfter man hvilke erfaringer som da ble gjort, og benytter disse – sammen med ny informasjon om pasienten -

som grunnlag for utforming av retningslinjene. Primærkontaktens oppgave er å sørge for at retningslinjene er kjent og at deres gyldighet evalueres til fastsatt tid.

Skjerming

Det er slitsomt for pasienten å skulle forholde seg til mange forskjellige personer i løpet av en dag. Dette står i motsetning til skjermingens mål, nemlig å hjelpe pasienten til samling og kontroll gjennom begrensning av ytre stimuli. Når pasienten stadig møter nye personer, blir kontaktforholdene mer preget av oppstykkede interaksjoner enn av gode relasjoner. Periodevis skjer byttet av skjermingspersonell på fastlagte tidspunkter, uten tilstrekkelig hensyn til om den som er på skjerming er involvert i en viktig samtale med pasienten. Rapporten fra skjermingstimen skjer gjerne i forbifarten når man overleverer sikkerhetsalarmen.

Noen har erfart at et godt veiledningstilbud kan bidra til at man unngår at en del pasienter skjermes. Veiledning kan neppe være et alternativ til skjerming, men vil likevel kunne fungere som et forum for støtte i forhold til egne opplevelser i pasientsamarbeidet, bidra til refleksjon og innsikt knyttet til egne reaksjoner og hvordan disse influerer på pasientsamarbeidet.

Anbefalinger: En god skjermingspraksis er preget av at det ligger en grundig vurdering bak beslutningen. Graden av skjerming må vurderes nøye ut fra kjenskap til pasientens situasjon. Det må utvikles klare kriterier for ulike former og grader av skjerming, slik at metoden ikke anvendes av sedvane eller ut fra et for spinkelt vurderingsgrunnlag.

'Å være i forkant' betyr at de som skal delta på skjerming samles og planlegger innholdet og bestemmer hvem som skal ha hovedansvaret på den enkelte 'vakt'. Det innebærer videre at pasienten informeres om hvem som kommer i løpet av en 'vakt' – eventuelt at det skrives en skjermingsliste som pasienten får. Man må spørre pasienten om han har spesielle ønsker for skjermingstiden. Det er primærkontaktens oppgave, sammen med avdelingssykepleier, å sikre kvalitet og rasjonalitet (faglig begrunnelse) i skjermingen, og å revurdere skjermingen. Her bør pasienten jevnlig spørres om sine erfaringer med skjermingens innhold og omfang.

I størst mulig grad bør det faste personalet ha skjermingsoppgavene. Det må sikres at ingen får blir satt på skjerming uten at de først blir undervist om skjermingens hensikt og metodikk.

For å sikre kvalitet og kontinuitet i omsorgen, bør de som veksler på oppgaven speile timen i pasientens påhør. Pasienten kan gjerne dras inn i 'fortellingen om timen'.

Samarbeid med pårørende

Det er ikke etablert noe fast program eller tilbud for pårørende til maniske pasienter i Akuttposten, på tross av at personalet forstår at pårørende har vært i en vanskelig livssituasjon før pasienten ble innlagt. Pasientens nærmeste har behov for støtte, undervisning om lidelsen, informasjon om behandlingsopplegget og å kjenne trygghet for at pasienten blir tatt godt vare på. Personalet mener at tilbud om pårørendegrupper er viktige, men dette tilbudet bør etableres i kommunehelsetjenesten.

Anbefalinger: Å etablere et godt samarbeidsforhold med pårørende er betydningsfullt av flere grunner. Deres kunnskap om pasienten er viktig for personalet for at de skal forstå hvordan han vanligvis fungerer og for å klarlegge forholdene som ledet til innleggelse. Pårørende på sin side har ofte et uttalt informasjonsbehov som må imøtekommes.

Som en naturlig del av fortsettelse av 'Maniprosjektet' i Akuttposten, må det utvikles en gjennomtenkt praksis for hvordan pårørendes behov (inkludert pasientens barn) skal ivaretas. Dette kan dreie seg om orientering om hvor de kan få hjelp i kommunen, tilbud om støttesamtaler med rådgiving/veiledning eller et undervisningsprogram (gitt av primærkontakt og lege). Relevant undervisnings- og informasjonsmateriell bør utarbeides.

Personalets behov

Arbeidet med maniske pasienter byr på store faglige og etiske utfordringer. På det personlige plan er det kanskje de følelsesmessige omkostningene som kjennes tyngst. Ikke minst gjelder dette for de mer uerfarne i personalgruppen. Personalet gir uttrykk for at de har behov for å avreagere det følelsesmessige trykket etter en skjermingstime eller en konfontasjon med grensesetting. Et annet behov som melder seg er en dypere forståelse av hva mani som fenomen og lidelse innebærer – samt kunnskap om fruktbare måter å møte pasientens ulike reaksjonsmåter på. Personalet søker å gjenvinne oversikt på flere måter, bl.a. gjennom veiledning og gjennom ulike 'friminutt' sammen med kollegaer. Å ha en teoretisk modell integrert i sin praksisteori, synes å bidra til trygghet og perspektiv for personalet i pasientomsorgen.

Anbefalinger: Personalet vil kunne profitere på et fortsatt veiledningstilbud og et undervisningsopplegg som gir mulighet til å reflektere over situasjoner man har vært i – samtidig som teoretiske perspektiver bør introduseres for å skape oversikt og ytterligere innsikt. Personalet bør drøfte hvilke teoretiske modeller

for sykepleie, behandling og omsorg som er relevante for arbeid med denne lidelsesformen. Modeller knyttet til relasjon, lidelse, sårbarhet, helsefremmende arbeid er særlig relevante i forhold til mani.

En etisk forsvarlig praksis

For å dempe pasientens 'ubehag' knyttet til sykepleie og behandling mot hans vilje, er det vesentlig at personalet er våkne og følsomme for pasientens behov og situasjon. De verdier hos personalet som fremmer en kvalitativt god omsorg er: omsorg (inkludert beskyttelse), samarbeid, respekt for pasientens verdighet og intergritet – samt autonomi.

Et hovedprinsipp i psykiatrisk behandling er at pasienten skal gi sitt informerte samtykke til behandlingen. Dette prinsippet (samtykke) kan ikke tilfredsstilles i mange akutfaser. Her blir spenningen mellom autonomi og paternalisme særlig tydelig. Et bærende prinsipp blir da hypotetisk samtykke, som innebærer at man handler slik at man kan tenke seg at pasienten ville gitt sitt samtykke om han hadde kunnet. Det innebærer også at man griper inn med grensesetting på pasientens vegne for å hindre at han 'blamerer seg'. Videre kan det bety at man 'setter foten ned' når man opplever at den behandling pasienten får ikke er god nok. I praksis kan det innebære at personalet klager den behandling de selv deltar i til kontrollmyndigheten.

Personalet opplever ubehag ved å se seg selv som maktutøvere, dvs. de har mulighet til å gjennomføre beslutning på tross av motstand fra pasienten. De mener at denne situasjonen, hvor personalet mener de ser klarere enn pasienten hva han trenger, egentlig er preget av omsorg for personen. Følgelig fremstår 'omsorgsfull frihetsberøvelse' som et mer dekkende begrep for dem enn for eksempel 'tvangsinnleggelse' eller 'tvangsbehandling'.

Anbefalinger: Det er viktig at personalet arbeider med etiske problemstillinger knyttet til behandlingen pasienter med mani. Her fremstår pasientens mulige avmaktfølelse i møte med personalets faktiske makt som et etisk dilemma. Nært tilknyttet dette dilemmaet er forholdet mellom pasientens selvbestemmelsesrett (autonomi) og personalets vurderinger av hva som er til pasientens beste (paternalisme). Det er mange situasjoner hvor det ikke er enkelt å avgjøre når man skal gripe inn i et annet menneskes selvråderett. Det forutsettes derfor at personalet både individuelt og som gruppe arbeider for å utvikle en moralsk sensitivitet (basert på faglig kunnskap og empatisk forståelse for pasientens behov og situasjon). Denne evnen kan bidra til å oppdage situasjoner hvor pasienten står i fare for negativ selv-eksponering eller å skade

seg selv på annen måte – som vil gjøre det problematisk å rehabilitere seg personlig og sosialt.

En sentral utfordring for personalet er å utvikle en praksis og en omsorg som etterlater pasienten en opplevelse av mestring, kompetanse og myndighet i forhold til sin egen livssituasjon (jfr. 'empowerment').

Totalt viser denne studien at personalet på Akuttposten er preget av den faglige tenkning som ble presentert i studiens teoretiske referanseramme. Det kan bety at undervisningsopplegget i posten har bidratt til å integrere det teoretiske fundamentet i den enkeltes praktiske yrkesteori.

Videre forskning bør systematisk søke å løfte frem tidligere pasienters erfaringskunnskap – både i forhold til lidelsens virkning i den enkeltes liv og om deres erfaringer knyttet til psykiatrisk behandling og pleie. Denne forskningsbaserte kunnskap mangler i dag.

Litteratur

- Aschehoug og Gyldendal Store Norske Ordbok: Se Guttu T.
- Barker P.J. (1994). Locus of control in women with a diagnosis of manic-depressive psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1:9-14.
- Blair D.T., Ramones V.A. (1997). Education as Psychiatric Intervention: The cognitive-behavioral context. *Journal of Psychosocial Nursing*. 35(12): 29-36.
- Borell P., Rydin D. (1993) Information till patienter och anhöriga om maniodepressiv sjukdom. Rehabteamet, Psykiatriska kliniken, Värnamo Sjukhus.
- Brooking J.I., Ritter S.A.H., Thomas B.L. (1992). A Textbook of Psychiatric and Mental Health Nursing. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Cullberg J. (1988). Dynamisk psykiatri. Arlöf: Natur och Kultur.
- Cullberg J. (1991). Om den psykiska ohälsans orsaker och hur den psykiska hälsan kan främjas. Ekspertdokument för Folkhälsogruppen. Nacka: Enheten för Psykosocial Forskning och Utveckling.
- Dahl A.A., Eitinger L., Malt U.F., Retterstøl N. (1994). Lærebok i psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dixon D.L. (1981). Manic depression: An Overview. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 19(6): 28-31.
- Eriksson K. (1993). Möten med lidandet. Åbo: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap. Rapport nr. 4.
- Gelder M., Gath D., Mayou R., Cowen P.(1996). Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press.
- Gunderson J.G. (1983). An overview of modern milieu therapy. In: Gunderson J.G., Wills O.A., Mosher L.R. (eds.). Principles and practice of modern milieu therapy. New York: Jason Aronson.
- Guttu T. (red.) (1995). Aschehoug og Gyldendal Store Norske Ordbok. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Hilty D.M., Brady K.T., Hales R.E. (1999). A Review of Bipolar Disorder Among Adults. *Psychiatric Services*, 50(2): 201-213.
- Hummelvoll J.K. (1995). Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, NHV-rapport:1.
- Hummelvoll J.K. (1997). Helt ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hummelvoll J.K., Røsset O. (1998). Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie – en evaluering av utdanningens praksisrelevans. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 9.
- Hummelvoll J.K., Røsset O. (1999). De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter.

- Fokus på akuttpsykiatrien. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 17.
- Hydén L-C. (1995). Berättelsen i psykologin. Om narrativ teori och metodologi inom psykologin. *Nordisk Psykologi*, 47(2): 104-122.
- Høgskolen i Hedmark (1998). Fag og Forskning for Fremtidens Helse. Elverum: Avdeling for sykepleierutdanning.
- Jamison K.R. (1996). *An Unquiet Mind. A Memoir of Moods and Madness*. New York: Vintage Books
- Johnson B.S. (1989). *Adaption and Growth. Psychiatric-Mental Health Nursing*. (2nd. ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Kalkman M.E., Davis A.J. (1974). *New Dimensions in Mental Health-Psychiatric Nursing*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Kitzinger J. (1995). Introducing focus groups. *BMJ*, vol. 311: 299-302.
- Kringlen E. (1990 og 1997). *Psykiatri*. (5. og 6. reviderte utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale S. (1994). *Profesjonspraksis som erkjennelse. Om dilemmaer i i terapeutisk forskning*. Aarhus: Psykologisk Institut, Universitetet i Aarhus.
- Kyes J.J., Hofling C.K. (1974). *Basic Psychiatric Concepts in Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Lauvås P., Handal G. (1990). *Veiledning og praktisk yrkest teori*. Oslo: Cappelen's Forlag.
- Lego S. (1996). *Psychiatric Nursing: A Comprehensive Reference*. (2nd. ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Lindholm L. (1997). Lidande och kärlek ur ett psykiatrisk t vårdperspektiv. En casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. Art. i: Hummelvoll J.K., Lindström U.Å. (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindström U.Å. (1997). Patientens upplevelse av vårdkultur och vårdrelation – motsatsernas dialektik. Art. i: Hummelvoll J.K., Lindström U.Å. (red.): *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Lorentzen S., von Krogh G., Island T.K. (1984). Problemer knyttet til skjerming av urolige pasienter. Art. i: Vaglum P., Karterud S., Jørstad J. (red.): *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lützén K. (1993). *Moral sensitivity; A study of subjective aspects of the process of moral decision making in psychiatric nursing*. Huddinge: Department of Psychiatry, Karolinska Institute, Huddinge University Hospital.
- Lyttle J. (1986). *Mental Disorder. Its Care and Treatment*. London: Baillière Tindall, London.
- Løkensgaard I. (1995). *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Maunsbach M., Dehlholm-Lambertsen B. (1997). Det fokuserede gruppeinterview og deltagerobservasjon. *Nordisk Medicin*, 4: 126-128.

- Morgan D.L. (1990). *Focus Groups as Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Morrison R.S. & Peoples L. (1999). Using Focus Group Methodology in Nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 30(2): 62-65.
- Murray R.B., Huelskoetter M.M.W. (1991). *Psychiatric Mental health Nursing. Giving Emotional Care*. (3rd ed.). Norwalk: Appleton & Lange.
- Natvig R.S. (1993). *Sykepleieetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ness E. (red.). (1974). *Pedagogisk Oppslagsbok*. Bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nilsson M. (1993). Psykopedagogisk verksamhet vid affektiva störningar. Erfarenheter som forskningssjukskötare. *Psyche*, 3(4): 20-23.
- Norges offentlige utredninger nr. 8 (1994). *Kompetanseutvikling i arbeidet for psykisk utviklingshemmede*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Nowlin-Finch N.L., Altshuler L.L., Szuba M.P., Mintz J. (1994). Rapid Resolution of First Episodes of Mania: Sleep Related? *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(1): 26-29.
- Pedagogisk Oppslagsbok*: Se Ness E.
- Pejlert A., Asplund K., Norberg A. (1995). Stories About Living in a Hospital Ward as narrated by Schizophrenic Patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2(2): 269-277.
- Pradhan S.C., Sinha V.K., Singh T.B. (1999). Psycho-social dysfunctions in patients after recovery from mania and depression. *International Journal of Rehabilitation Research*, 22: 303-309.
- Rafael A.R.F. (1996). Power and Caring: A Dialectic in Nursing. *Adv Nurs Sci*, 19(1): 3-17.
- Reason P. (1994). Three Approaches to Participative Inquiry. Art. i: Denzin N.K., Lincoln Y.S. (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Severinsson E. (1990). *Förnyelse.Handledning i vårdarbete*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Silverstone T., McPherson H., Hunt N., Romans S. (1998). How effective is lithium in the prevention of relapse in bipolar disorder? A prospective naturalistic follow-up study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 32: 61-65.
- Stuart G.W., Sundeen S.J. (1983). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (2nd. ed.) St.Louis: The Mosby Book Company.
- Thorsen G.R.B. (1990). *Mani og depresjon. Informasjonshefte om manisk depressive sykdommer for pasienter, pårørende og andre*. Stavanger: Psykiatrisk Opplysningsfond.
- Tilley S. (1995). Notes on Narrative Knowledge in Psychiatric Nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2(2): 217-226.
- Tillgren P., Wallin E. (1999). Fokusgrupper – historik, struktur och tillämpning. *Socialmedicinsk tidskrift*, 4: 312-321.
- White R.W., Watt N.F. (1973). *The Abnormal Personality*. New York: The Ronald Press Company.
- Wilson H.S., Kneisl C.R. (1996). *Psychiatric Nursing*. (5th. ed.) Menlo Park: Addison-Wesley Company.
- Wullf H.R., Pedersen S.A., Rosenberg R. (1990). *Medicinsk filosofi*. København:

Munksgaard.

Zubin J., Spring B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 103-126.