



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag, institutt for sykepleie og psykisk helse

**4BACH**

Kim Andre Nestaker Hauklien og Henning Nilsen

Veileder: Randi Løviknes

## Det urolige sinn

## The troubled mind

Antall ord: 12462

Bachelor i sykepleie BASY 2010 (3. år)

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## Forord

*Det er en særlig form for smerte, opprømthet, ensomhet og redsel forbundet med denne formen for galskap. Når man er på topp, er det fabelaktig.*

*Ideer og følelser kommer raskt og hyppig som stjerneskudd, og man følger dem til man finner noen som er bedre og klarere.*

*All sjenanse forsvinner, de rette ordene og bevegelsene er plutselig der, man er overbevist om sin evne til å fengsle andre. Man får interesse for uinteressante mennesker.*

*Sensualiteten er gjennomtrengende, og lysten til å forføre og bli forført uimotståelig. Følelsen av frihet, intensitet, makt, velvære, økonomisk allmakt og oppstemthet fyller en helt inn i marginen. Men på et eller annet punkt endrer dette seg.*

*De raske ideene blir altfor raske, og det er altfor mange av dem.*

*Overveldende forvirring erstatter klarhet. Hukommelsen forsvinner.*

*På vennenes ansikter blir humor og oppmerksomhet erstattet av frykt og bekymring.*

*Alt som før var greit, byr en nå imot – man er irritabel, sint, skremt, uregjerlig og fullstendig infiltrert i de mørkeste hulene i sinnet. Man visste ikke engang at disse hulene fantes.*

*Det tar aldri slutt, for galskapen skaper sin virkelighet.*

*Kay Redfield Jamison, Mitt urolige sinn, 1995*

## **Innholdsfortegnelse**

1.0 INNLEDNING .....	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2 Redegjørelse for førforståelse .....	2
1.3 Problemstilling.....	3
1.4 Avgrensning av oppgaven.....	3
1.5 Formålet med oppgaven .....	3
1.6 Oppgavens disposisjon.....	4
1.7 Begrepsavklaring.....	5
2.0 METODE .....	6
2.1 Presentasjon og valg av litteratur .....	6
2.2 Kildekritikk .....	8
3.0 TEORIDEL .....	10
3.1 Hva er bipolar lidelse?.....	10
3.1.1 Bipolar lidelse type 1.....	10
3.1.2 Mani .....	11
3.2 Grunnleggende behov .....	12
3.3 Å bygge en allianse .....	13
3.4 Pårørende.....	14
3.5 Autonomi og paternalisme .....	15
3.6 Grensesetting .....	16
3.7 Skjerming .....	18
3.8 Tvungent psykisk helsevern.....	19
4.0 SYKEPLEIETEORI.....	21
4.1 Mellommenneskelige forhold .....	21
4.2 Kommunikasjon.....	22
5.0 DRØFTING.....	24
5.1 Det innledende møte .....	25
5.2 Empati, sympati og medfølelse.....	29
5.3 Gjensidig forståelse og kontakt .....	32
6.0 KONKLUSJON .....	35
7.0 REFERANSELISTE .....	36
8.0 SAMMENDRAG .....	40
Vedlegg 1. Søkehistorikk .....	41
Vedlegg 2. Pico-skjema.....	42

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Studentene som skriver denne bachelor-oppgaven, hadde begge et sterkt ønske om å skrive om psykisk helse. Vi har valgt å skrive om pasienter med bipolar lidelse i en alvorlig manisk fase. Det å møte, og på best mulig måte kunne utøve sykepleie til mennesker i en manisk fase, er noe vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap om. Ved å svare på vår problemstilling er vi i større grad forberedt på å møte, og være i stand til å praktisere sykepleie tilpasset til denne pasientgruppen. Vi ønsker å fordype oss i det maniske aspektet ved bipolar lidelse, og hvordan vi som sykepleiere kan ivareta pasientens verdighet under tvang.

Studentene som skriver denne oppgaven har erfaring med å jobbe i divisjon psykisk helsevern, og har begge stor interesse for psykisk helse. Vi ønsker i denne bacheloroppgaven å belyse hvordan man kan møte pasienter som blir behandlet mot sin vilje med etisk forsvarlighet og profesjonalitet under utøvelsen av sykepleie.

## 1.2 Redegjørelse for førforståelse

Vi kunne selv velge tema for denne fordypningsoppgaven i sykepleie. Vi har begge erfaringer fra møter med den maniske pasienten gjennom vårt arbeid på psykiatrisk sykehus. Den ene av oss har jobbet i 5 år på en akuttpsykiatrisk avdeling og den andre har jobbet i 5 år i en avdeling for rehabilitering av psykoser. Vi har begge opplevd hvor utfordrende det kan være for helsepersonell å møte den tvangsinnlagte pasienten på en etisk og verdig måte. Vår førforståelse er at mange maniske pasienter opplever det som tap av egen verdighet når de blir lagt inn med tvang på psykiatrisk sykehus. Samt at det er vanskelig å håndtere for den enkelte da de ofte ikke selv har innsikt i eget sykdomsbilde, eller forståelse for at de er i behov for behandling.

Til tross for at de er i behov av profesjonell hjelp, antar vi likevel at det er mulig å kunne ivareta pasientens verdighet tross de mange utfordringer som kan oppstå rundt det å behandles mot egen vilje. Dette slik at de kan gjenvinne sin vanlige hverdag og egen integritet.

Vårt fundamentale mål ved sykepleie til psykisk syke, er å behandle pasientene med gjensidig forståelse og empati, og at det er viktig at vi som fremtidige sykepleiere vil møte pasienten med interesse, profesjonalitet, kunnskaper og ferdigheter.

### 1.3 Problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta den maniske pasientens verdighet under tvangsinnleggelse?

### 1.4 Avgrensning av oppgaven

Vi vet at det er mange ulike aspekter ved mani. På grunn av ordbegrensning og retningslinjer som vi skal forholde oss til, velger vi i denne hovedoppgaven å fokusere på hvordan vi som sykepleiere kan mestre forholdet mellom autonomi og paternalisme i møte med en tvangsinnlagt voksen pasient med alvorlig mani. Møtet vil forekomme under døgnopphold i en akuttpsykiatrisk avdeling på skjermet enhet.

Vi ønsker å bygge oppgaven rundt de etiske utfordringer denne problemstillingen kan by på, samt hvordan vi på best mulig måte kan håndtere disse utfordringene underveis i behandlingen av pasienten. Videre ønsker vi å fordype oss i forskjellige behandlingsopplegg som kan vise seg å være hensiktsmessig når en pasient blir innlagt med nevnt problemstilling. Miljøterapi i form av grensesetting og skjerming, og hvilke konsekvenser dette kan få i forhold til agitasjon og voldsrisiko er noe vi velger å fordype oss i. Det samme gjelder kommunikasjon, pårørende, alliansebygging, samt grunnleggende behov som søvn, ernæring og hygiene.

Vi har valgt å avgrense oppgaven i den form at vi ønsker å belyse bipolar lidelse type 1, da vi er av den oppfatning om at type 1 bipolar lidelse er mest relevant i forhold til alvorlig mani. I drøftingsdelen vil vi i tillegg skrive et konstruert case for å gi et tydeligere bilde av pasienten.

### 1.5 Formålet med oppgaven

Formålet med denne oppgaven vil være å fremlegge faglig innsikt i et avgrenset område av faget sykepleie. Vi ønsker å lære mer om hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan forholde oss til en tvangsinnlagt manisk pasient på en profesjonell og verdig måte.

Videre ønsker vi å fordype oss i hvordan tvungen behandling kan utføres på en human måte, samt fordype oss i hva lovverket sier om behandling uten eget samtykke.

Problemstillingen rundt behandling uten eget samtykke byr på en del etiske og faglige utfordringer som vi ønsker å reflektere over.

Hensikten med oppgaven er at vi som nesten ferdig utdannede sykepleiere skal kunne bli mer forberedt på hvordan man forholder seg til alvorlige maniske pasienter. Dette for at vi kan stå

faglig sterkere når vi skal utøve sykepleie til denne pasientgruppen. Det overordnede målet vil være at pasientene får økt sin livskvalitet, og kan lære seg å mestre egen psykisk sykdom. Vi er av den oppfatning at samfunnet vil kunne profitere på at mennesker med psykiske lidelser får god behandling og muligheter for bedring av sin sykdom. Studier viser at bipolar lidelse er blant de sykdommene på verdensbasis som forårsaker mest uførhet. ”En rekke studier har tydeliggjort forekomsten og den helsemessige alvorligheten av bipolare lidelser i befolkningen, hvor bipolare lidelser har blitt rangert som mer uførhetsskapende enn alle kreftsykdommer og primære nevrologiske lidelser” (sitert i Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012, s. 45).

## 1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven begynner med bakgrunn for valg av tema og redegjørelse for førforståelse hvor vi kort beskriver hvorfor vi har valg dette temaet, og hvilke erfaringer vi har fra tidligere praksis. Videre presenterer vi problemstillingen vår, samt hvordan vi velger å avgrense oppgaven. Deretter skriver vi om formålet med oppgaven og definisjon av begreper i problemstillingen. Etter dette følger metodekapitlet hvor vi presenterer valg av litteratur og kritikk knyttet til valgt litteratur. Det blir også her beskrevet hvordan vi har gått frem for å finne aktuell litteratur og forskning.

Teoridelen begynner med kapitler som omhandler bipolar lidelse, bipolar lidelse type 1, mani, grunnleggende behov, alliansebygging, pårørende, autonomi og paternalisme, grensesetting, skjerming og tvang.

Vi har valgt å fordype oss i Joyce Travelbee sin sykepleieteoretiske forankring om mellommenneskelige forhold og kommunikasjon, da vi mener dette er et særs viktig aspekt i møte med, og i behandling av mennesker med psykisk sykdom.

Drøftingsdelen vil følge etter teoridelen, og denne delen vil ta utgangspunkt i et oppdiktet case, Joyce Travelbee sin sykepleieteori, forskning og diskusjon rundt teorien.

Til slutt kommer det en kort konklusjon av oppgaven, referanseliste, kort sammendrag av oppgaven, vedlegg med pico - skjema og oversikt over søkerresultater av forskning.

## 1.7 Begrepsavklaring

**Sykepleie** – ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringen med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s. 29).

**Ivareta** – ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg” (Norsk sykepleieforbund [NSF], 2011, s. 8).

**Mani** - ”Mania 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” (Hummelvoll, 2012, s. 224).

**Pasient** - ”Pasienten er en person som ikke har tilstrekkelig styrke, vilje eller kunnskap til selv å utføre aktiviteter som er nødvendige for å opprettholde helsen, bli frisk fra sykdom eller få en fredfull død” (siteret i Mathisen, 2007, s. 74).

**Verdighet** – ”Hvert menneske er unikt, det har en verdig ved bare det å være et menneske. Verdig er en egenskap ved selvet, det kan oppleves subjektivt som en kvalitet ved en selv, det har med stolthet og selvrespekt å gjøre” (Knutstad, 2010, s. 21).

**Tvangsinnleggelse** – Dette innebærer ”Å anvende tvungent psykisk helsevern overfor personer med store karakteravvik herunder psykopati – hvor disse medfører tap av mestrings- og realitetsorientering” (referert i Kringlen, 2011, s. 566).

## 2.0 Metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (sitert i Dalland, 2012, s. 111).

Retningslinjene til denne oppgaven sier at den skal være basert på litteratur, altså en litteraturstudie. En litteraturstudie er en metode for å skaffe seg et perspektiv rundt den kunnskapen som finnes fra tidligere (Dalland, 2012). Den litteraturen som er relevant for oss og vår oppgave, må gjennomgås kritisk og grundig.

### 2.1 Presentasjon og valg av litteratur

I vår oppgave har vi brukt relevant pensumlitteratur, aktuell egenvalgt litteratur og forskningsartikler som vi mener er aktuelle.

Vi har søkt etter forskningsartikler i ulike databaser. Disse databasene er CINAHL, Helsebiblioteket, SweMed og PubMed. Søkeordene vi har brukt har vært på engelsk og norsk, men ved artiklene vi har benyttet oss av har søkeordene vært engelskspråklige, eller ved søk etter forfattere som vi er kjent med at skriver om dette fagfeltet.

Forfattere: *Karlsson, B, Kogstad, R.*

Norsk: *Mani, symptomer, tvang, bipolar.*

Engelsk: *Mania, manic, symptom, coerced, coercion, bipolar disorder, mental health, nurse, shielding, acute, recovery, paternalism, aggressive behavior, mental illness, psychiatry, violence.*

Vi har kombinert søkeordene i ulik rekkefølge og alltid innskrenket søkene til fulltekst, nyere forskning fra 2009 og med abstrakt. Vi har lagt ved et vedlegg som inneholder en oversikt over antall treff, søkeord, MeSH-termer og de fire artiklene vi har valgt å benytte oss av i oppgaven. I tillegg har vi lagt ved et PICO-skjema som viser fremgangsmåten vi har benyttet oss av.



Kort presentasjon om de fire forskningsartiklene vi har valgt å bruke:

”Uten oss går det ikke” – pårørendes erfaringer med psykisk krise (Borg, Haugård & Karlsson, 2012).

Dette er en norsk studie som anvender et handlingsorientert forskningsarbeid med en metodologisk og teoretisk tilnærming som er kvalitativ og utforskende. Artikkelen bruker fokusgruppeintervju som metode, hvor det ble intervjuet en og samme gruppe. Denne studien inkluderer bare sju personer sine erfaringer med å være pårørende. Den omhandler også det å være pårørende til psykiske lidende generelt og ikke spesifikt mot bipolar lidelse. Vi syntes at studien er relevant da den hadde som formål å fordype seg i pårørendes erfaringer med en mental krisesituasjon hos et familiemedlem. Som et resultat av denne studien kom de frem til at helsevesenet mangler kunnskap om å ta i bruk pårørende som en ressurs i en psykisk krise. De konkluderer med at forandringene med å samarbeide med pårørende om mentale lidelser går veldig langsomt. Samt at kunnskapen rundt dette også må bli benyttet i praksisfeltet og ikke bare på det teoretiske plan.

Identifying Key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatient Psychiatric Wards (Bowers, Allan, Simpson, Jones, Van Der Merwe & Jeffery, 2009).

Dette er en kvantitativ studie hvor det blir benyttet en multivariat metode, noe som vil si at den omfatter statistikk med flere uavhengige variabler. Dette er en stor studie som har kartlagt vold og agitasjon ved 136 psykiatriske akuttavdelinger i England. Vi har allikevel valgt å ta med denne studien, da vi anser kulturforskjellen til ikke å være så vesentlig forskjellig fra England til Norge per dags dato, selv om vi ikke med full sikkerhet kan si dette.

Aggresjonen som omtales i studien er delt opp i tre forskjellige kategorier; verbal aggresjon, aggresjon mot objekter og fysisk vold mot andre mennesker. Studien viste at det var høyere forekomst av vold på lukkede psykiatriske avdelinger, og at volden ofte forekom når det var høy andel kvalifisert helsepersonell som sykepleiere på jobb. Det kan diskuteres om grunnen til dette kan være at høyere kvalifiserte helsepersonell ser viktigheten av- og tør å grensesette mer enn ansatte som er ufaglærte. Studien viser også at det er størst mulighet for fysisk voldsbruk ved grensesetting, og at mange pasienter velger å reagere med vold når de føler de opplever tap av egen kontroll.

The Impact Of Psychiatric Symptoms, Interpersonal Style, And Coercion On Aggression And Self-Harm During Psychiatric Hospitalization (Daffern, Thomas, Ferguson, Podubinski, Hollander, Kulkhani, deCastella & Foley, 2010).

Dette er en kvalitativ studie. Studien viser hvordan et individ risikerer å utøve vold under innleggelse. Hvis pasienten fra før har en truende og dominerende personlighet, er det i følge studien større sjanser for at det utøves vold under innleggelsen, dette i et forsøk på å ta tilbake sin dominans. Dette er en studie utført av leger, men vi anser allikevel studien som relevant for sykepleiere fordi det ofte er sykepleiere som møter pasienter i voldssituasjoner. Studien er gjort i Australia, men selv om vi ikke med 100 prosent sikkerhet kan sammenligne dette med norske forhold, så anser vi at det ikke er veldig stor forskjell mellom nordiske og australske voldsutøvere i psykisk helsevern.

In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients` narratives on turning points and processes of gradual change (Kogstad, Ekeland & Hummelvoll, 2011).

Dette er også en kvalitativ studie, utført i Norge. Studien tar utgangspunkt i 347 pasientfortellinger. Den viser hvordan gode forhold på veien til bedring er fundamentalt for hvor vellykket behandlingen er for den enkelte, og inkluderer viktigheten av følelsen for støtte, aksept, respekt, tillit, gode samtaler, ærlighet, trygghet og forståelse. Denne studien omhandler ikke spesifikt bipolar lidelse, men generelt pasienter med psykiske lidelser. Vi anser likevel denne forskningen som aktuell siden den tar utgangspunkt i egne pasientfortellinger.

## 2.2 Kildekritikk

Dalland (2012), sier at kildekritikk er en fremgangsmåte som man benytter for å finne ut om en kilde er pålitelig. Kildekritikken må vise at vi kan være granskende til de kildene vi har valgt å benytte i vår oppgave, og hva vi har valgt å vektlegge. Det er viktig at det diskuteres om den litteraturen som benyttes er holdbar, gyldig eller relevant for vår problemstilling.

De bøkene vi har valgt å benytte oss av er pensumbøker og andre relevante faglitteraturbøker som vi har funnet på skolens bibliotek. Vi har tatt utgangspunkt i primærlitteratur, men har også i små mengder brukt sekundærlitteratur.

I tillegg har vi valgt å benytte oss av en skjønnlitterær bok som heter "Mitt urolige sinn" som er skrevet av Kay Redfield Jamison. Denne boken skildrer forfatterens egen erfaring med det å leve med bipolar lidelse. Forfatteren av boken er selv lege og professor i psykiatri, og forteller at hun allikevel ikke hadde innsikt i sin egen lidelse, men at det var de rundt henne som tok signalene på at hun var i ferd med å bli syk. Dette er tross alt bare en persons erfaring med en lidelse som utspiller seg forskjellig hos den enkelte. Men vi synes allikevel at denne boken gir oss et godt bilde på hvordan det er å være manisk, og har derfor valgt å bruke noen av hennes skildringer om de maniske fasene i oppgaven.

Vi har stort sett brukt litteratur fra nyere dato, men vi har også blant annet tatt med Strand (1990) som skriver mye om skjerming og grensesetting i forhold til psykotiske pasienter. Grunnen til at vi valgte å benytte oss av denne boken er fordi den står oppført på vår liste over pensumlitteratur. Samt at samme praksisen og teorien fortsatt benyttes, men ikke kun til psykotiske pasienter, noe som blant annet gjenspeiler seg i Hummelvoll sin bok "Helt – ikke stykkevis og delt" fra 2012. Vi valgte først å benytte oss av en eldre utgave av boken "Helt – ikke stykkevis og delt" og et avsnitt som omhandlet manipulerende adferd. Siden dette ikke var like tydelig beskrevet i den nyeste versjonen av boken, bestemte vi oss for å kontakte forfatteren via e-post for å spørre om det ikke var aktuelt lenger siden det var fjernet. Forfatteren selv sa at "manipulerende" som et kjennetegn ved mani er uheldig fordi det assosieres med et karaktertrekk hos personen og dessuten virker det "stemplende". Derfor mente forfatteren at vi ikke burde bruke dette i oppgaven.

## 3.0 Teoridel

### 3.1 Hva er bipolar lidelse?

Det som kjennetegner bipolar lidelse er tilfeller med endringer som forhøyet eller senket aktivitetsnivå og de ulike gradene av stemningsleie (Ilnér, 2012). Dette vil si at det kan svinge mellom ulike grader av depresjoner til forskjellige grader av mani. Det kan også forekomme psykotiske symptomer i begge faser (Fasmer & Ødegaard, 2012). Noen av disse symptomene kan være grandiose forestillinger rundt sin egen person, pasienten kan skifte fort mellom gråt og latter uten noen spesiell foranledning, samt ha tendenser til irritasjon uten grunn og impulsive sinneutbrudd mot andre. Det kan også forekomme psykotiske symptomer som paranoiditet, som for eksempel at den det gjelder kan føle seg overvåket (Ødegaard, Høyesteren & Fasmer, 2012). Det kan også gå lengre i perioder være at den bipolare pasienten vil ha få eller ingen indikasjoner på sykdommen, og vil i mange tilfeller klare seg godt i hverdagslivet og utfordringene som følger med dette (Hummelvoll, 2012).

I følge det internasjonale kodeverket ICD-10, blir bipolar lidelse diagnostisert hvis minimum to sykdomsepisoder har funnet sted, der minst en av episodene skal ha vært en fase med mani, hypomani eller blandingstilstand. Pasienter med kun hevet stemningsleie, det vil si uten de depressive fasene diagnostiseres også som bipolar (ICD-10, 2012).

Det er fortsatt lite kunnskap om hva som kan være årsak til bipolar lidelse. Arvelig disposisjon er den eneste årsaken som i stor grad viser seg å være sikker, da det viser seg at det ofte er flere medlemmer av samme familie som lider av samme sykdom (Andreassen, 2012). Hvis en person har disponible gener, er det mest sannsynlig at det må en eller flere stressfaktorer til for å fremkalle sykdommen og gjør at det er fare for regresjon. Stressfaktorer kan være rusmisbruk, at vedkommende har en ugunstig døgnrytme eller et stort arbeidspress (ibid., s. 86).

#### 3.1.1 Bipolar lidelse type 1.

Bipolar lidelse type 1 er en affektiv lidelse og omhandler tre forskjellige varianter. Hvor den første er klassisk manisk – depressiv sykdom, dette forløper med maniske faser samt alvorlige depresjoner. I denne fasen kan det forekomme schizofrene symptomer som for eksempel vrangforestillinger og tankekaos. Den andre varianten omhandler rene maniske lidelser og kalles unipolare manier. Denne undergruppen skiller seg fra den vanlige typen som omhandler

både manier og depresjoner ved at det forekommer nesten bare maniske episoder. Det kan også forekomme depresjoner, men disse er som oftest langt mindre alvorlige og mindre hyppige. Den siste varianten kalles depresjoner kombinert med langvarige hypomane faser, som ikke innebærer de mange negative følgene som kan observeres ved egentlige manier (Fasmer & Ødegaard, 2012).

### 3.1.2 Mani

Mani er en tilstand som knyttes til bipolar lidelse. Denne lidelsen utvikler seg forskjellig hos hvert enkelt individ. Noen kan oppleve sin maniske episode som en slags rus (Hummelvoll, 2012). Symptomer som kan relateres til mani kan være at personen det gjelder er i en slags euforisk tilstand, der vedkommende føler at ”alt er mulig”, som vil si at vedkommende kan føle seg svært talentfull eller har en betydning som få eller ingen andre har. Det kan observeres hos enkelte at personen kan oppleves ambivalent i forhold til valg som må tas, samt generelt ha konsentrasjonsvansker i denne maniske fasen (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012). Mani gjør at pasientens disposisjon til å gjøre en kritisk evaluering av informasjon og egne gjerninger er begrenset (Andreassen & Sundet, 2012).

Mange vil også ha en stor taleflom hvor tematikken er usammenhengende og ukritisk, dette gjør det vanskelig for samtalepartnerna å forstå. Et annet symptom på forverring er mangel på søvn og økt motorisk uro. En manisk pasient vil også kunne blamere seg og miste hemninger ved at man for eksempel får økt seksuallyst, går med mindre eller andre klær enn vanlig, og/eller at den personlige hygienen blir mindre ivaretatt (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012). Psykotiske symptomer kan også være tilstedeværende i en manisk fase, da som regel i form av vrangforestillinger som står i stil med storhetstankene en manisk pasient ofte ser seg med. I noen tilfeller kan pasienten føle seg forfulgt eller motarbeidet av alle. Det kan også forekomme hallusinasjoner hvor hørselshallusinasjoner forekommer oftere enn synshallusinasjoner (Ilnert, 2012).

Alvorlig mani inneholder varierende stemningsleie med faktorer som kan beskrives som lettantennelige og hissig verbale angrep (Hummelvoll, 2012).

Hummelvoll (2012) beskriver videre en pasient med alvorlig mani ved at vedkommende nekter å innse fakta, ei heller få tanker som kan sette en stopper for hans livsglede og senker stemningsleiet, som kan føre til en depresjon. Dette blir kalt for *reaksjonsdannelse*, noe som blir brukt av pasienten selv for å unngå depresjonen så lenge det er mulig (ibid., s. 227)

Enkelte mennesker som er i en manisk tilstand kan skape ødeleggelse for seg selv ved at vedkommende blamerer seg i jobbsammenheng og skaper konflikter med de viktigste menneskene rundt seg, som venner og familie (ibid., s. 224).

I verste tilfelle kan et menneske i en manisk fase komme på kant med loven ved å begå kriminelle handlinger av ulik grad som følge av spontane, lite overveide og hensynsløse gjerninger (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012).

Ofte vil personen oppleve en tid med tung depresjon i etterkant av en manisk fase. Dette fordi personen ofte føler skam over sine valg og sin egen negative selveksponering. Hvis personen ikke har fått riktig hjelp eller blitt fanget opp av riktige instanser etter en manisk episode, kan det oppleves vanskelig å komme seg tilbake til den vanlige hverdagen personlig og sosialt.

I noen tilfeller kan en slik skam føre til at selvmordstanker oppstår, og derfor kan et behandlingsopphold på et psykiatrisk sykehus skape trygghet etter en uforutsigbar tid (Hummelvoll, 2012).

For å belyse hvordan det kan oppleves å være manisk, har vi valgt å ta med et utdrag fra Kay Redfield Jamison (1995) sin bok ”Mitt urolige sinn” som beskriver sin første opplevelse av en manisk episode slik:

I begynnelsen virket alt så lett. Jeg for omkring som en forstyrret røyskatt, boblet av planer og begeistring, var opptatt av sport og var sent oppe kveld etter kveld, ute sammen med venner, leste alt jeg kom over, fylte manuskriptbøker med dikt og utkast til skuespill og la omfattende og fullstendig urealistiske planer for fremtiden. Verden var fylt av glede og løfter, jeg følte meg på topp. Ikke bare flott, jeg følte meg *virkelig* flott. Jeg følte at jeg kunne gjøre hva som helst, at ingen oppgave var for vanskelig. Hjernen virket klar, fabelaktig konsentrert og i stand til å foreta intuitive matematiske sprang som inntil da fullstendig hadde unngått meg. De unngår meg faktisk fremdeles. Men på den tiden var ikke bare alt fullstendig innlysende, men det begynte å passe inn i en fantastisk form for kosmisk sammenheng. Følelsen av henrykkelse over naturlovene fikk meg til å gå i spinn, og jeg oppdaget at jeg grep fatt i vennene mine for å fortelle dem hvor skjønt alt var. De var mindre opptatt av mitt innblikk i universets mønster og skjønnhet enn jeg var, og betydelig mer preget av hvor slitsomt det var å være i nærheten av mine begeistrede utgydelser. (s. 44)

## 3.2 Grunnleggende behov

En pasient i en manisk fase trenger ekstra tilrettelegging når det gjelder å dekke sine egne grunnleggende behov. Den maniske pasienten har ofte ikke tid til å ivareta sin personlige hygiene, samt spise og drikke tilstrekkelig på grunn av at han er i farten hele tiden. Dette kan

ha en negativ innvirkning på eliminasjonen, fordi pasienten ofte vil overse sin trang til å gå på toalettet (Hummelvoll, 2012).

Dersom avføringstrangen blir kjempet mot, vil trangen til å gå på toalettet til slutt utebli, og ikke aktivert før neste dag. Det er viktig for god eliminasjon at det er en akseptabel likevekt mellom mat og drikke, slik at vedkommende får i seg nødvendige næringsstoffer (Fredriksen & Arneberg, 2007).

Det er også viktig at den maniske pasienten får i seg nok drikke, spesielt når det foregår medikamentell behandling. Som for eksempel behandling med legemiddelet Litium, er det en viktig sykepleieoppgave å følge med på om pasienten får i seg nok drikke, da væskeinntaket bør overskride tre liter i døgnet når man behandles med Litium (Hummelvoll, 2012).

Mindre behov for søvn er dominerende hos så mange som 69 – 99 % av maniske pasienter (Holsten & Bjorvatn, 2012). Det å ha underskudd på søvn i lang tid vil i seg selv kunne utvikle psykiske symptomer på en eller annen måte (referert i Backmann & Lindhardt, 2007). Søvnmangel er et stort problem hos den maniske pasienten, da vedkommende ofte føler seg rastløs og synes selv at søvn ikke er nødvendig. Dette begrunnes ofte med at vedkommende har ønsker og gjøremål som må iverksettes til alle døgnet tider (Hummelvoll, 2012).

Pasienten evner ofte ikke å ta signalene på tretthet og kroppens behov for hvile selv, og vil fortsette å tøyne egne grenser til det ytterste. I slike tilfeller er det viktig å motivere pasienten til å bremse ned aktivitetsnivået, og fremme søvn og hvile. Hvis det ikke lykkes med å motivere pasienten så kan det være fare for fysisk utmattelse (ibid., s. 237).

### 3.3 Å bygge en allianse

I psykisk helsevern kan man ikke unngå å samarbeide eller danne relasjoner med den som mottar hjelp for å oppnå at behandlingen skal kunne bli så langt det lar seg gjøre fullkommen (Haugsgjerd, Skårderud, Stänicke, 2010).

For å bygge en allianse kreves det et ønske om et samarbeid, det vil si at pleieren og pasienten sammen arbeider mot det samme målet som er å bedre sykdommen (Hummelvoll, 2003).

Det å danne en relasjon kan være utfordrende fordi pasienten kan være tvilende til om sykepleieren er tillitsverdig. Sykepleieren må vise at vedkommende er til å stole på gjennom å lytte og forsøke å vise forståelse for hvordan pasienten selv opplever sin egen situasjon. En særdeles viktig faktor for å bygge en allianse er at sykepleieren prøver å lytte til hva slags ord

pasienten prøver å formidle, slik at sykepleieren klarer å systematisere hva pasienten egentlig mener (Hummelvoll, 2012).

Selve fundamentet i det å skape en allianse er evnen til å kommunisere. Det å ha lyttende egenskaper som skaper en god kontakt og allianse, er en betydningsfull del for å motivere for videre progresjon (Eide & Eide, 2012).

Det er viktig at sykepleieren har egenskaper som å være pålitelig, jordnær og direkte i møte med den hjelpetrengende for å oppnå et godt samarbeid (Haugsgjerd, Skårderud, Stänicke, 2010).

Det som er viktig å tenke over i en samtale med den maniske pasienten, er at vedkommende ofte har en kaotisk tankegang, derfor er det mest hensiktsmessig at sykepleieren kommuniserer på en tydelig, kort og enkel måte (Hummelvoll, 2012).

Når det kommer til det å kommunisere profesjonelt er det viktig å bevisstgjøre det at sykepleieren klarer å utvikle en særegen trygg og stabil rolle som hjelper, for å kunne møte pasienter som er i en vanskelig fase av livet (Eide & Eide, 2012).

### 3.4 Pårørende

Som nevnt tidligere kan mani forårsake konflikter i en familierelasjon. Venner og familie kan også bli veldig slitne av å ha en bipolar rundt seg. Dette er også noe Jamison (1995) skildrer i sin opplevelse av lidelsen at venner og familie rundt henne ofte ba henne om å snakke langsommere eller å ta det med ro, fordi atferden av hennes manier virket utmattende på dem. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere jobber for at de nærmeste pårørende blir deltakende i pasientens situasjon, om pasienten selv samtykker til dette. Det vil være hensiktsmessig at familien får nyttig informasjon om vedkommendes lidelse, at de blir invitert til pårørendesamtale med pasientens behandlere, samt at de kan bli best mulig forberedt på nye symptomer gjennom veiledning fra helsepersonell (Kringlen, 2011).

De nærmeste relasjonene til pasienten vil ofte merke tegnene på forverring av den psykiske lidelsen, før pasienten selv merker dette (Morken, 2012).

Forskning viser at det å være relatert til noen med en psykisk lidelse byr på store utfordringer i en hverdag som er annerledes. Det påpekes at det fremdeles er mangelfull kunnskap om mentale krisesituasjoner i samarbeidet mellom pårørende og helsearbeidere. Funn fra studien viser at det har store konsekvenser for det følelsesmessige og det praktiske for de rundt den rammede, som et fellesskap. Pårørende ønsker ofte å samarbeide med fagpersonene, men



opplever ofte at de ikke blir inkludert og hørt av helsetjenesten. Mange pårørende har opplevd at det er de selv som ofte får ansvaret for videre oppfølging av pasienten når helsetjenesten mener at pasienten er utskrivningsklar. Viten om å inkludere pasienters nærmeste er noe som må tas i bruk, og ikke noe som kun blir formidlet gjennom rapporter, dokumenter og forskning. I følge studien går arbeidet med å involvere pårørende i pasientenes psykiske tilstand tregt, samt at den viser at pårørende ønsker å utveksle viktig informasjon om pasienten til helsepersonellet, uten at det forventes av pårørende å få taushetsbelagt informasjon tilbake fra helsepersonell.

En viktig konklusjon av forskningen er at de nærmeste til pasienten bør få riktig veiledning og tilstrekkelig informasjon i forkant av utskrivelse, og deres versjon blir hørt og respektert av de profesjonelle yterne (Borg, Haugård & Karlsson, 2012).

Sykepleieren er pliktet til å samarbeide med pårørende, og håndtere deres informasjon med fortrolighet. Samtidig skal sykepleiere alltid sette pasienten først hvis det skulle utvikle seg til en konflikt mellom de to partene (NSF, 2011).

### 3.5 Autonomi og paternalisme

”Autonomi kan tolkes som selvbestemmelsesrett og medbestemmelsesrett” (sitert i Hummelvoll, 2012, s. 85).

Autonomi kan også bety retten til å få korrekte opplysninger og selv å kunne få ta beslutninger angående sin egen helse (Brinchmann, 2008).

Vi mener autonomi kan flettes sammen med et annet uttrykk som kalles *empowerment*, som vil si at personen det gjelder skal være delaktig i, samt være med på å ta beslutninger om sin egen helse og ikke kun gå ut ifra ekspertenes råd om hva som er best. Dette kan medføre at vedkommende kan føle at han får større beherskelse og mestring over sin egen situasjon (Mæland, 2010). De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier også at det er viktig å respektere pasientens autonomi og empowerment (NSF, 2011).

”Paternalisme betyr på latin *pater* som betyr far” (sitert i Eide & Eide, 2012, s. 106).

Paternalisme omhandler at helsepersonell innskrenker en persons autonomi, mens den overordnende hensikten til slutt vil handle om å hjelpe den det gjelder (Hoffmann, 2002).

Vi som sykepleiere skal allikevel ta hensyn til å verne pasienten mot handlinger som kan oppleves uverdige, unngå tvang som er ulovlig samt unødvendige innskrenkninger av

pasientens rettigheter (NSF, 2011). Innenfor paternalisme er det to andre begreper vi ønsker å ta for oss, genuin- og ønsket paternalisme. Genuin betyr ekte og praktiseres ofte ovenfor personer som på en eller annen måte ikke er i stand til å ta egne beslutninger (Hummelvoll, 2012), dette kan eksempelvis være mennesker med alvorlig mani. En manisk pasient vil ofte blamere seg selv slik at hans omdømme ødelegges, slik at det må foretas en etisk vurdering om helsepersonell skal benytte genuin paternalisme i et slikt tilfelle. Når en pasient mangler evnen til å ta vare på seg selv, betyr det at hjelperen er nødt til å ta beslutninger for vedkommende, å gå ut i fra at når pasienten får en bedre psykisk helse så ville han vært enig i dette. Dette er et prinsipp som kalles hypotetisk samtykke. Målet med dette vil være at pasienten unngår å skade seg selv eller andre. Ønsket paternalisme vil si at personen selv har gitt et tydelig samtykke til å motta paternalistisk hjelp (ibid., s. 96-97).

### 3.6 Grensesetting

Grensesetting er ”alt personalet gjør for å stoppe pasienters uhensiktsmessige eller skadelige atferd, og omfatter også forebygging av slik atferd” (sitert i Strand, 1990, s. 88).

Grensesetting er konstruktivt med terapeutisk formål og på en terapeutisk fremgangsmåte, det å antyde at her er det et ytterpunkt som en ikke burde eller skal gå over grensen til. Å sette grenser er en klar innblanding. Den vil anmode pasienten til endring av sin atferd (Strand, 1990). En manisk pasient kan i mange tilfeller ha en del absurde ønsker og behov som ofte kan bli stilt som et krav om at det imøtekommes raskt av sykepleieren. I et slikt tilfelle kan det å sette grenser fra sykepleieren sin side virke provoserende på pasienten, og grensesetting kan få et dårlig utfall i form av en strid mellom de to partene (Ilnér, 2012).

Når en pasient uttrykker frustrasjon eller agitasjon som kan utgjøre en fare for sikkerheten til personalet og medpasienter rundt seg, som verbale og fysiske trusler, kan det være nødvendig å gripe inn med grensesetting (Hummelvoll, 2012).

Statistisk sett er det høyere forekomst av voldsepisoder blant mennesker som lider av psykiske lidelser enn ellers i befolkningen (referert i Ilnér, 2012).

Grensesetting er en kjent utløsende faktor til voldsutøvelse fra pasientens side, samtidig viser forskning at desto mer kvalifiserte helsepersonell som jobber rundt pasienten, er sjansen større for agitasjon og vold enn når ufaglærte møter pasienten i en akuttavdeling. Grunnen til dette kan være at kvalifiserte helsepersonell, som sykepleiere, blant annet ser viktigheten av å

grensesette bedre en ufaglært personale. En del av teorien er at faglært helsepersonell tør å ta mer avgjørelser rundt tiltak som omfatter pasientens og personalets sikkerhet, som igjen gjør at sjansen for konfrontasjon blir større (Bowers, Allan, Simpson, Jones, Van Der Merwe & Jeffrey, 2009).

I tilfellene der pasienten uttrykker frustrasjon, er det vel så viktig at grensesetting som virkemiddel ikke blir en bot fra personalets side slik at dette kan oppleves som en maktdemonstrasjon ovenfor pasienten det gjelder (Hummelvoll, 2012). Å sette grenser medfører at man forteller pasienten hva som ikke aksepteres, og anerkjenner det som er positiv adferd fra pasientens side. Grensesetting er videre behørig når pasienten er i ferd med å miste kontrollen. Det kan være betydningsfullt at miljøpersonalet ikke avslår pasientens frustrasjon, men at sykepleier viser at han ikke aksepterer trusler eller vold, men prøver å gi pasienten forståelse og støtte ved å gi positive tilbakemeldinger når pasienten vil vise at han har kontroll (ibid., s. 268).

Det fundamentale formålet med å sette grenser for den aktuelle pasienten er at han vil bli i stand til å kunne leve et fullverdig liv i et godt sosialt nettverk (Strand, 1990).

Videre vil terapeutisk grensesetting i følge Hummelvoll (2012) inneholde noen viktige elementer som bør brukes:

**Omsorg:** Som sykepleier setter man grenser i situasjoner som kan forårsake en fornemmelse av tap av verdighet.

**Struktur:** Sykepleieren lager noen rammer for pasienten, hvor situasjonen ellers ville blitt ledet mot rot og forvirring.

**Sikkerhet og trygghet:** Sykepleieren setter grenser i omstendigheter som kan ta med seg eller bringe med seg ødeleggelse for pasienten selv eller andre.

**Læring:** Et trygt miljø som er oversiktlig kan gi pasienten alternative strategier til å uttrykke sine affekter. Det vil kunne gi tid til å analysere hva som skjedde og hva man kunne gjort annerledes. Målet med dette er at pasienten skal kunne mestre sine spontane handlinger ved å reflektere mellom impulsivitet og måter å reagere på.

Grensesettingen vil kunne virke mot sin hensikt hvis den blir preget av unødig styring, som vil kunne ta i fra pasienten anledningen til å utvikle seg i riktig retning eller unyttige prinsipper som praktiseres instinktivt uten omtanker til pasientens tilstand (ibid., s. 268).

### 3.7 Skjerming

I Lov om psykisk helsevern kapittel 4 nevnes det flere vedtak som omhandler bruk av ulike tvangsmidler, og en av disse er § 4-3 som fremstiller skjerming (Psykisk helsevernloven, 1999). Ut i fra denne paragrafen skal en pasients mentale helse eller utagerende oppførsel under innleggelsen gjøre skjerming behørig. Skjerming er noe den faglig ansvarlige, en overlege, avgjør om skal iverksettes. Skjerming kan iverksettes når det finnes individuelt behandlingmessig grunnlag for skjerming, eller for å skåne andre medpasienter for pasientens atferd. Den faglige ansvarlige avgjør om pasienten skal holdes helt eller delvis skjermet fra andre pasienter, og fra personalet på avdelingen som ikke aktivt deltar i behandlingen for pasienten det gjelder.

Det må foreligge et vedtak dokumentert av den faglige ansvarlige hvis en pasient skal skjermes. Vedtak om skjerming har gyldighet kun inntil 14 dager om gangen.

Vedtak om skjerming og eventuell fornyelse av dette kan påklages av pasienten og pasientens pårørende til pasientenes eget kontrollorgan, kontrollkommisjonen (Psykisk helsevernloven, 1999).

Skjerming er en mer omfattende form for grensesetting. Hensikten med skjerming går ut på å skjerme pasienten fra inntrykk og ytre stimuli fra omgivelsene, verne andre medpasienter, samt beskytte pasienten selv mot ytterligere blamering (Strand, 1990).

Det å skjerme en pasient innebærer at personalet er tilgjengelig for vedkommende til en hver tid i et oversiktlig og avgrenset miljø. Dette miljøet omfatter faktorer som struktur, begrensning av stimuli og grensesetting (Hummelvoll, 2012).

En av sykepleierens viktigste oppgaver er å være deltagende til å fremme et terapeutisk miljø på skjermingsenheten. Dette kan gjøres ved for eksempel å holde et lavt støynivå, for å oppnå en rolig atmosfære, for dermed å begrense ytre stimuli. Videre er skjerming en betydelig restriksjon av pasientens frihet, og det er viktig i denne sammenhengen at vedkommende har en viss påvirkning av hvordan det blir tatt i bruk, samt kommunisere med pasienten om hva skjerming innebærer. Mange vil kunne føle skjerming som en straff og som tap av sin rett til selvbestemmelse. Derfor må sykepleieren gjøre det best mulig for pasienten så langt det kan gjøres, slik at pasienten føler at hans ønsker og behov blir ivaretatt (ibid., s. 235-236).

Hummelvoll (2012) sier også at det er viktig å møte pasienten med gjensidig respekt, at vedkommende opplever forutsigbarhet i forhold til hverdagen, og at det finnes rom for aktiviteter som egner seg i den tilstanden pasienten befinner seg i.

### 3.8 Tvungent psykisk helsevern.

Når en person motsetter seg å bli behandlet, må det bli evaluert om vedkommende har mottatt tilstrekkelig informasjon, om personen er mentalt egnet til å kunne velge, det at personens ønsker er konkrete og sammenhengende, og at vedkommende ikke har blitt presset til å foreta avgjørelser som personen selv ellers ikke ville ha foretatt. Eksempler på et slikt press kan være sterke råd fra sykepleiere eller pårørende. Enkelte ganger kan det være at sykepleieren vet bedre hva som er til pasientens beste, men allikevel må sykepleieren til en hver tid ha som mål og ikke å såre pasientens integritet (Brinchmann, 2008).

Vi har funnet noen data fra Helsedirektoratet som viser statistikk basert på tvangsinnleggelses fra 2011. Tallene viser at 18 prosent av alle innleggelsene i psykisk helsevern i Norge forekommer under tvungen observasjon § 3.2 eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold § 3.3 under Lov om psykisk helsevern. Rapporten viser også at særlig affektive lidelser sammen med schizofreni diagnoser utgjør tvangsinnleggelses med lengst varighet (Bremnes, Lilleeng, Pedersen, Skoe & Vestrheim, 2012, i Sammendrag).

I følge psykisk helsevernloven § 3 (1999) kan en pasient bli behandlet mot sin vilje. For at dette skal kunne gjennomføres må flere kriterier være oppfylt. Hovedkriteriet er at pasienten det gjelder lider av en alvorlig sinnslidelse. Dette i seg selv er ikke grunnlag nok, da et eller flere tilleggskriterier må være tilstede. Det må blant annet være forsøkt med frivillig behandling først. Et annet kriterie er at behandling uten eget samtykke med stor sannsynlighet gir vedkommende utsikt mot bedring eller helbredelse, og at pasientens tilstand med stor sannsynlighet blir ytterligere forverret uten behandling. Et annet viktig kriterie for behandling uten eget samtykke er at pasienten er til fare for seg selv eller andre (Kringlen, 2011).

I noen tilfeller der det er grunnlag for det, kan det benyttes vedtak skrevet av faglig ansvarlig om tvangsmedisinering, § 4-4 i Lov om psykisk helsevern, som innebærer at pasienten må ta i mot medikamentell behandling uten eget samtykke i følge psykisk helsevernloven (1999).

Om pasienten ønsker å skade seg selv eller andre, eller utagerer mot inventar og andre døde objekter og ikke tar korrigerende på dette, kan det tas i bruk tvangsmidler jmf. § 4-8 i Lov om psykisk helsevern (1999). Det er åpenbart at tvangsmidler kun skal benyttes hvis alle andre tiltak er forgjeves. Tvangsmidler kan juridisk sett tas i bruk både på pasienter som er innlagt frivillig, og pasienter som er innlagt uten eget samtykke (Psykisk helsevernloven, 1999).

I følge § 4-8 i psykisk helsevernloven er det ulike varianter av tvangsmidler som kan brukes. Det kan iverksettes kortvarig fastholding som en del av korttidsvirkende tvangsmiddel. Om pasienten ikke roer seg med dette, og får flere sjanser til å samarbeide, kan man i ytterste tilfelle ta i bruk mekaniske tvangsmidler. Det betyr at man kan bruke transportbelter på pasientens armer og bein, eller man kan velge å beltelegge pasienten til en spesiell seng uten at pasienten har noe særlig form for bevegelsesevne, om situasjonen er så truende at man anser dette som eneste mulighet.

Det kan i noen tilfeller også benyttes korttidsvirkende legemidler som beroliger pasienten, men dette må det som nevnt ovenfor foreligge vedtak på før tvangsmedisinering iverksettes (Haugsgjerd, Skårderud, Stänicke, 2010).

Jamison (1995) beskriver i sin skjønnlitterære bok at hun ved et tilfelle hvor hennes psykiater forsøkte å overtale henne til å bli frivillig innlagt, reagerte med et fullt raseriutbrudd og rev en lampe av veggen på badet til psykiateren sin og skadet seg selv med denne. I etterkant dunket hun hodet mot veggen gjentatte ganger for så å gå til et kraftig verbalt angrep mot sin psykiater, etterfulgt av et fysisk angrep mot hans hals. Dette er en situasjon som belyser hvor ille den lidende har det og hvor vi mener det blir nødvendig å benytte seg av tvangsmidler, hvis forsøk på å berolige pasienten uten tvangsmidler er forgjeves.

## 4.0 Sykepleieteori

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee sin sykepleieteori om mellommenneskelig forhold. Hennes primære fokus var alliansebygging mellom to individer. Travelbee, mener at det ikke finnes noen pasienter, men kun individer med behov for omsorg og hjelp fra andre mennesker som antas å kunne gi dette, hun bruker derfor termen pasient-sykepleier i boken, kun på grunn av kommunikasjonshensyn. Termen pasient-sykepleier er også noe vi bruker gjennom vår tolkning av boken.

Travelbee (1999) beskriver to fundamentale forutsetninger:

For det første må sykepleieren sitte inne med en kunnskapsbase og med en tilhørende evne til å bruke den, det vil si at hun må anlegge en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer.

Den andre forutsetningen som er nødvendig for at sykepleieren skal kunne bygge opp og opprettholde et hjelpeforhold, er evnen til å bruke seg selv terapeutisk. For å bli i stand til dette må sykepleieren ha en dyptgående innsikt i det å være menneske (s. 21).

Travelbee (1999) mener at sykepleie er mer enn det å gjøre folk friske fra sykdom og lidelse. Mange sykdommer er kroniske, derfor er det viktig av oss som sykepleiere å bistå pasienten med å mestre sin sykdom. Siden det ikke alltid er mulig å oppnå helbredelse, må det rettes fokus mot å tilstrebe best mulig helse hos den det gjelder. Det som er vesentlig for at sykepleiere skal kunne hjelpe er at hjelperen selv viser innsikt i hvordan den syke selv forstår sin egen lidelse. Dette mener Travelbee (1999) er et felt som har hatt et altfor lite fokus hos de fleste sykepleiere.

### 4.1 Mellommenneskelige forhold

Joyce Travelbee (1999) skriver at:

Et menneske – til – menneske – forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de (n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt (s.177).

Opprettelsen av et mellommenneskelig forhold, og følelsen av en felles oppfatning og kontakt, er en av de grunnleggende mål for all sykepleie (Travelbee, 1999).

I følge Travelbee (1999) skildres begrepet menneske - til - menneske – forholdet mellom hvordan sykepleieren og den lidende forstår og relaterer seg til hverandre som unike humane individer, og ikke som sykepleier og pasient. Menneske – til – menneske - forhold i sykepleiesituasjonen er noe som gjør det gjennomførbart å iverksette sykepleierens mål og mening, nemlig å styrke et individ med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og med å oppdage mening i disse erfaringene.

Menneske - til - menneske - forholdet blir stiftet etter at sykepleieren og den sykepleieren tar vare på, når de har vært i gjennom fire likeverdige stadier. Disse fasene er ”det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati – medfølelse.” (Travelbee, 1999, s. 172). Menneske – til – menneske – forholdet kan etableres over kortere eller over lengre tid. Dette symboliseres gjennom en tosidig kontakt og inkluderer alle faktorer som skal være tiltrengt for at den skal bli til (ibid., s. 172).

I følge Travelbee (1999) er empati en erfaring som skjer mellom to eller flere mennesker. Hun mener at det er disposisjonen man har til å kunne leve seg inn i eller ta del i og begripe den andres mentale tilstand i det nåværende momentet. Videre mener hun at hjelperen tar del i den andres verden, men ikke slik at man tenker og kjenner seg som den andre. Dette kan være at man er i fellesskap om noe, samtidig som man skiller mellom seg selv og den andre som hvert enkelt individ. Empati er en følelse av å forstå noe. Travelbee (1999) mener at dette er en bevisst prosess, slik at den som kjenner empati ovenfor den andre selv er klar over dette.

Utfallet av dette kan bli å kunne forutsi det andre menneskets atferd.

Videre mener hun at empati er svært viktig i menneske – til- menneske- forholdet, men at det ikke er nok alene. Hun mener derimot at det er et viktig steg på veien til sympati og medfølelse, noe som er fundamentalt og nødvendig for at sykepleieren skal kunne hjelpe en syk pasient. Sympati og medfølelse forklares slik at det er noe den enkelte er i stand til å oppfatte gjennom den andres lidelse, å kunne bli emosjonelt beveget av det andre menneske sin tragedie og ønske om å lindre eller avlaste situasjonen (ibid., s. 200).

## 4.2 Kommunikasjon

Travelbee (1999) definerer kommunikasjon som å fortelle eller å utveksle sine betraktninger og tankeganger, som en fremgangsmåte hvor meninger veksles mellom to eller flere mennesker gjennom et samlet system av språk, tegn eller gester (ibid., s. 136-137).



En sykepleier som bruker seg selv og sin viten bevisst i møte med pasienten, står bedre rustet til å få en bedre relasjon med den syke. En sykepleier sin kommunikasjon blir brukt til å planlegge, forberede, lede og vurdere selve sykepleiehandlingen (ibid., s. 150).

I følge Travelbee (1999) foregår det kommunikasjon til en hver tid i møte med pasienten.

Man bruker både verbal og non-verbal kommunikasjon, som vil si at sykepleieren både bruker språk, men også samtaler med en pasient gjennom kroppsspråk, ulike gester og bevegelser, holdninger og ansiktsuttrykk. Kommunikasjon er også deltagende i å skape menneske – til – menneske – forholdet ved at vi som sykepleiere kan forstå den sykes behov via god observasjon og kommunikasjon, noe som er det første steget ved forberedelser av sykepleiehandlinger (ibid., s. 142).

Travelbee (1999) mener at den syke fort vil oppdage hvilke hensikter sykepleieren har, ved at for eksempel lite empati og mangelfull interesse hos sykepleieren vil gjenspeile seg i kommunikasjonen. Dermed vil det bli svært vanskelig å oppnå et solid mellommenneskelig forhold mellom hjelper og pasient. Hvis man ser det fra den andre siden, vil pasienten også merke om sykepleieren har gode intensjoner, empati og forståelse. Kommunikasjonen vil da vise at sykepleieren ønsker å hjelpe pasienten (ibid., s.147).

## 5.0 Drøfting

I drøftingen ønsker vi å diskutere problemstillingen og omstendighetene rundt som innebærer skjerming, grensetting, alliansebygging og etikk. Drøftingen vil ta utgangspunkt i Joyce Travelbee sine faser i etableringen av et menneske – til – menneske – forhold. Disse fasene er *Det innledende møte, empati, sympati og medfølelse* og *Gjensidig forståelse og kontakt*. Disse fasene henger sammen i et menneske – til – menneske – forhold, men vil drøfte dem hver for seg.

I drøftingsdelen ønsker vi å ta utgangspunkt i dette caset:

Case:

Ola Nordmann er en 50 år gammel mann som har hatt bipolar lidelse type 1 i mange år. Ola har tidligere vært innlagt gjentatte ganger på psykiatrisk sykehus på grunn av forverring av denne lidelsen. Ved de tidligere innleggelsene har det skjedd at Ola har utagert både verbalt og fysisk mot personalet. Han er nå tvangsinnlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling på skjermet enhet grunnet alvorlig manisk fase. Hans sønn hadde sendt en bekymringsmelding til politiet etter et hjemmebesøk hos sin far. Første dag på skjermingsenheten kommer Ola med en del verbale trusler mot personalet fordi han føler seg overkjørt av helsevesenet, politiet og sine egne pårørende, da spesielt sin sønn. Ola blir fort agitert når sykepleieren prøver å grensesette han. Han mener selv at han mestrer alt. Ola sitt symptombilde dreier seg om taleflom, springende og usammenhengende tematikk i kommunikasjonen, og dette gjør det vanskelig for sykepleieren å føre en dialog. Videre er Ola motorisk urolig og har et svært varierende stemningsleie. Ola har liten innsikt i hvorfor han er innlagt på psykiatrisk sykehus under tvang, og han er agitert i forhold til dette. I forkant av innleggelsen har han ikke tatt hensyn til sine grunnleggende behov som søvn, ernæring og personlig hygiene, noe som gjør situasjonen ytterligere alvorlig.

## 5.1 Det innledende møte

”Når sykepleieren møter en person for første gang, vil hun observere, bygge opp antakelser og gjøre seg opp meninger om vedkommende, og det samme skjer motsatt vei. Ut fra de slutningene som trekkes, vil visse følelser oppstå” (Travelbee, 1999, s. 186).

Det er det første møte som danner grunnlaget, og er avgjørende for det videre forløpet med vedkommende i følge Travelbee (1999). Når to mennesker møtes for første gang, danner begge seg et førsteinntrykk av hverandre ved hjelp av kroppsspråk og verbal kommunikasjon (ibid., 186-187).

Casen ovenfor handler om Ola som er blitt innlagt mot sin egen vilje. Det å ikke ha mulighet til å ta dette valget selv er noe kan gi en utfordring for helsepersonell, i form av å forsøke på best mulig måte å bevare vedkommende sin verdighet under innleggelsen. Pasienten er allerede verbalt agitert og viser frustrasjon mot sykepleieren i det første møte mellom de to partene. Ola føler også at hans verdighet er blitt krenket som følge av at han er blitt skjermet fra omgivelsene. Selv om Ola føler seg krenket av helsepersonellet i situasjonen rundt innleggelsen, mener vi fortsatt at det er mest etisk forsvarlig å bruke tvang i form av grensesetting og skjerming, fordi det vil få færrest konsekvenser for Ola sin verdighet i fremtiden. Dette henger i samsvar med hva Eide & Eide (2012) skriver om, at sykepleieren må tenke over hvilke valgmuligheter han har, og derav velge det alternativet som har størst sannsynlighet for å ivareta pasientens verdighet. På grunnlag av dette mener vi da at Ola vil få sin verdighet krenket på en eller annen måte uansett. Men om det benyttes tvang, kan sykepleieren klare å unngå at Ola krenker seg selv som følge av handlinger manien kan medføre, som for eksempel å komme i konflikt med familien eller miste jobben. På den måten kan helsepersonellet ivareta hans verdighet i fremtiden. Derfor mener vi at det er umulig å unngå krenkelse ved behandling mot sin egen vilje.

Dette kan gjøre at det første møte mellom sykepleier og pasient byr på noen etiske utfordringer for sykepleieren i forholdet mellom å veie autonomi og paternalisme opp mot hverandre (Hummelvoll, 2012).

Det overordnede målet er alltid å unngå paternalisme (Brinchmann, 2008).

Vi mener allikevel at sykepleieren i casen må bruke en genuin paternalistisk tilnærming allerede i den første samtalen. Pasienten er alvorlig manisk og kan vurderes som ikke i stand til å se hva som er til hans eget beste (ibid., s. 96), og Hummelvoll (2012) mener at det er

viktig å tenke over at denne formen for paternalisme ikke bestandig kan avvises som uetisk, siden pasienten er i en alvorlig manisk tilstand. På grunnlag av dette mener vi at sykepleieren bør gjøre det klart for Ola om hva som er akseptabel atferd, og hva som ikke godtatt i avdelingen. Dette kan forhindre at situasjonen eskaleres i form av destruktiv atferd som vold mot personer eller inventar. Dette er i samsvar med hva Strand (1990) mener, at uønsket atferd som for eksempel utagering, ikke er godtatt i avdelingen. I øyeblikket en slik situasjon oppstår, kan situasjonen være uoversiktlig og kritisk i form av hvordan pasienten reagerer på grensesetting fra sykepleieren (ibid., s. 97). Hvis pasienten reagerer med sinne, og er i fare for å skade seg selv eller andre, mener vi at sykepleieren må tenke sikkerhet i forhold til seg selv og andre i avdelingen, og prioritere dette. Her kan det være aktuelt å bruke kortvarig fastholding. Hvis situasjonen ikke roer seg med dette, kan det i ytterste tilfelle bli tatt i bruk mekaniske tvangsmidler eller eventuell tvangsmedisinering. Det er viktig at alle andre tiltak på å roe situasjonen er forsøkt før disse tiltakene iverksettes. Å sette grenser blir satt i sammenheng med at pasienten blir stoppet i ulike handlinger eller at sykepleieren må sette pasientens ønsker og behov på vent (ibid., s. 97).

Tilrettelegging av miljø og sykepleierens egne kvaliteter vil alltid ha som mål å øke pasientens beherskelse og følelse av mestring. Dette kan motvirke aggresjon sier Strand (1990). Nyere forskning viser på en annen side at det er større risiko for voldshandlinger fra aggressive pasienter mot kvalifiserte helsepersonell som sykepleiere, enn mot ufaglærte. Forskningen konkluderer med dette fordi sykepleierne har mer ansvar og tar mer avgjørelser ovenfor pasienten, og at de har kunnskap om viktigheten av å grensesette. Forskningen viste også at utdannet helsepersonell turte å grensesette mer enn ufaglærte (Bowers, Allan, Simpson, Jones, Van Der Merwe & Jeffery, 2009).

Hummelvoll (2012) beskriver noen måter å kunne møte aggressiv atferd på. Dette dreier seg om at sykepleieren må la Ola få utrykke sin aggresjon, men på en forsvarlig måte som ikke går utover sikkerheten til andre medpasienter. Ut ifra egne erfaringer kan det å lede pasienten vekk fra andre og for eksempel invitere til en samtale om grunnen til aggresjonen, gjøre en slik situasjon mer forsvarlig. Situasjonen blir ofte mindre spent og føles mindre truende for pasienten, hvis antall tilhørere begrenses. Det er viktig at sykepleieren opptrer med en rolig væremåte og viser til en non-verbal kommunikasjon som ikke virker truende eller provoserende. Videre er det vesentlig at sykepleieren ikke reagerer med sinne som et motargument, men istedenfor forsøker å finne et kompromiss (ibid., s. 265). I situasjoner med

økende agitasjon er det viktig å være klar over at aggresjonen som Ola uttrykker kan være fordi han føler at hans autonomi og verdighet er blitt krenket.

Forskning viser at pasienter som har en voldelig historikk, lettere vil forsøke å ta tilbake sin dominans ovenfor sykepleieren når de føler at de mister kontrollen på sin egen selvbestemmelse. Mange pasienter som føler de mister kontroll over egen bestemmelse vil ofte kunne reagere med fysisk utagering (Daffern, Thomas, Ferguson, Podubinski, Hollander, Kulkhani, deCastella & Foley, 2010).

Av egne erfaringer vil det å bruke en form for voldsrisikovurdering være til god hjelp i situasjoner som har med agitasjon å gjøre. Voldsrisikovurderingen går ofte ut ifra et skåringsverktøy. Et eksempel på dette kan være Brøset Violence Checklist som brukes mye i Norge, hvor sykepleieren gir en skår etter pasientens atferd etter endt vakt, for å gi et bilde av hvor stor risiko det er for nærstående vold (Helsedirektoratet, 2012). Vi mener at et slikt skåringsverktøy vil kunne hjelpe de neste som kommer på vakt, med at de kan være mer forberedt på hvilket stemningsleie pasienten befinner seg i, og om det vil kunne bli en reel fare for bruk av vold. Samtidig er det viktig å tenke over at det er en individuell vurdering, og at andre i personalgruppen kan ha en annen oppfatning av trusselnivået.

Ilnér (2012) derimot mener at det er nesten umulig å forutse om voldsepisoder kan forekomme, men at det allikevel er noen risikofaktorer for vold som kan være av betydning for miljøpersonalet å ta med seg i behandlingen rundt pasienten.

Ola er i en manisk fase, noe som kan forsterke hans irritabilitet og påvirke hans grad av tålmodighet. Han viser ingen innsikt i hvorfor han er innlagt, og han har mange innleggelser bak seg i psykisk helsevern hvor det har forekommet flere episoder med utagerende atferd. Dette kan i følge Ilnér (2012) regnes som risikofaktorer for utøvelse av vold.

Det er viktig for personalet å innhente opplysninger om eventuelt tidligere utagerende atferd. Ved å bli bevisste på risikofaktorer som kan vise tegn til voldelig atferd, gjør det at personalgruppen tidligere kan forebygge fremtidige voldssituasjoner (ibid., s. 167-168). I tillegg mener Hummelvoll (2012) at sykepleieren bør ha en klar filosofi og metode på hvordan han skal kunne avverge en eventuell utagering. Med dette mener han at sykepleieren bør ha en grunnleggende oppfatning av hvilke behov som er forsømt hos pasienten, som igjen kan ha resultert i sinne. Dette er fundamentalt for å kunne møte pasienten på en verdig og medmenneskelig måte (ibid., s. 269).

En avgjørende faktor som kan lede til agitasjon hos Ola er at han mener at han urettmessig er blitt fratatt sin autonomi. Her mener vi at det blir viktig for sykepleieren å føre en god dialog med Ola, for å forsøke å få han til å forstå at han fortsatt trenger noen rammer rundt seg slik at han klarer å ta vare på sine egenomsorgsbehov.

Ola har en stor taleflom samt at han snakker om flere forskjellige temaer i samme setning.

Hummelvoll (2012) mener det er viktig for sykepleieren å lytte til hva pasienten forsøker å formidle gjennom både kroppslige og verbale uttrykk. Dette kan gjøre at sykepleieren vil kunne klare å forstå budskapet gjennom å systematisere de uttrykkene pasienten formidler, noe som vil kunne være betydningsfullt for å etablere en allianse.

Travelbee (1999) understreker også viktigheten av å lytte, ved at dette er avgjørende for å kunne forstå hva pasienten prøver å uttrykke, slik at sykepleieren skal kunne stå sterkere i videre oppfølging av denne pasienten.

Av egne erfaringer i praksis er det gunstig å kommunisere med et enkelt og tydelig språk i møte med en manisk pasient. Det kan for eksempel være å bruke så korte setninger at komma ikke er nødvendig, samt at innholdet i det vi sier er så konkret som mulig.

Hummelvoll (2012) understreker at siden pasienten lett mister fokus på tema i samtalen, er det vesentlig at sykepleieren formidler sin informasjon med enkle, korte og forståelige setninger, samt at innholdet i informasjonen omhandler det som er gjeldene i nåværende situasjon. Dette kan gjøre at pasienten ikke mister fokuset på det som formidles (ibid., s. 235).

Av egne erfaringer vet vi at den maniske pasienten opplever å ha høy tankeaktivitet og liten evne til konsentrasjon. Flere maniske pasienter vi har møtt har uavhengig av hverandre brukt ordet "tankekaos" til å beskrive hvordan de opplever det. Vi har erfart at den mest gunstige måten å kommunisere på er slik Hummelvoll (2012) og Travelbee (1999) beskriver, som nevnt ovenfor.

Det at pasienten blir møtt på en respektfull måte og at sykepleieren viser interesse og vil vite mer om hvordan pasienten har det, er av stor betydning for at han skal føle at hans verdighet blir tatt vare på (Haugsgjerd, Skårderud, Stänicke, 2010).

At sykepleieren bidrar til å samarbeide med Ola, er viktig for å danne en god relasjon.

Samarbeidet kan begynne med å spørre hva pasienten selv mener vil kunne hjelpe i sin egen situasjon, for å ivareta noe av hans autonomi. Disse ønskene bør kunne følges opp så langt det

lar seg gjøre av praktiske hensyn, noe som vil si innen rimelighetens grenser (Hummelvoll, 2012).

Siden Ola oppleves svært hektisk og kaotisk, synes vi det er avgjørende at sykepleieren har en trygg og rolig opptreden. En trygg og rolig opptreden kan gjøre at pasienten får en fornemmelse av at sykepleieren er i stand til å håndtere situasjonen (ibid., s. 239). Videre er det vesentlig at sykepleieren er opptatt av forutsigbarhet, slik at pasienten vet hva han har å forholde seg til en hver tid. Et annet viktig punkt er at sykepleieren klarer å opptre tydelig, noe som vil innebære det og tørre å være uenig med pasienten, men at pleieren er bevisst på at han kan begrunne denne uenigheten på en kort og enkel måte. Hvis sykepleieren er enig med pasienten i noe, bør dette også støttes, igjen med tanke på å ivareta pasienten sin autonomi (ibid., s. 239-240).

Forskning viser at pasienter forteller selv at gode relasjoner er avgjørende for bedring av psykisk sykdom. Dette inkluderer at pasientene føler at de blir akseptert, respektert, støttet, forstått og at de er i trygge omgivelser. Ærlighet og gode samtaler er også fundamentale byggesteiner for bedring (Kogstad, Ekeland & Hummelvoll, 2011).

Nærvær, men allikevel mangel på sympati og medfølelse fra sykepleieren vil ha en stor innvirkning på den sykes muligheter til å kjempe mot sin egen lidelse. Empati, sympati og medfølelse kan få i gang en motivasjon for bedring hos pasienten (Travelbee, 1999).

## 5.2 Empati, sympati og medfølelse

Det vil allerede i det første møte med pasienten være mulig å oppnå empati, men empati er ikke noe man kan styre selv i gitte situasjoner. Travelbee (1999) mener at forholdet mellom hjelperen og den syke vil være fullstendig hvis det først har oppstått empati. Derimot hvis det bryter løs en konflikt og det allerede har oppstått empati, vil det gjerne få en mer uheldig karakter enn om ikke empati ville vært tilstedeværende. Et eksempel på dette kan være at Ola opplever å bli dypere såret eller skuffet hvis han allerede føler at han har fått en relasjon til sykepleieren. Tilgivelse vil også være vanskeligere ovenfor den man har hatt empati for enn den man ikke har kommet så nær. Dette kan føre til at empati kan bli problematisk både for hjelperen og pasienten (ibid., s. 194-195).

Travelbee (1999) mener videre at empati er en evne til å kunne begripe eller være en del av den andres mentale tilstand i det momentet pasienten er i, og at empati er en følelse av å forstå den andre, men ikke på den måten at man kan tenke og kjenne seg som den andre.

Vi mener at denne tankegangen er en ideell teori, men vi stiller oss det spørsmålet om det er mulig å gjennomføre i praksis?

Hummelvoll (2012) mener at det å kunne forstå eller det å kunne sette seg inn i pasientens situasjon ikke er mulig i praksis, fordi den plassen allerede er erobret av pasienten selv. Sykepleieren bør istedenfor forsøke å komme så nær pasientens selvforståelse som mulig, fordi det vil kunne vise pasienten at vi har gode hensikter for å hjelpe vedkommende, selv om vi ikke fullstendig kan ta del i pasientens opplevelse (ibid., s. 423).

Vi mener at det å kunne forstå hvordan en manisk pasient virkelig har det, er urealistisk når vi ikke selv har opplevd noe lignende. Derimot forstår vi viktigheten av det å prøve å sette seg inn pasientens situasjon så langt det lar seg gjøre, slik at vi kan hjelpe vedkommende mest mulig.

Sympati og medfølelse er et skritt videre fra empati. ”*Ønsket om å lindre plager, som er fraværende i empati, er et karakteristisk trekk ved sympati og medfølelse*”, sier Joyce Travelbee (1999, s. 200). Sympati og medfølelse gjør et individ i stand til å sette seg inn i eller ta del i andres lidelser og at vedkommende ønsker å være til hjelp i situasjonen (ibid., s. 200).

I caset møter sykepleieren pasienten i en situasjon som er alvorlig og spent for begge parter, fordi det er frustrasjon og sinne tilstede hos Ola. Travelbee (1999) mener at det å ha sympati og medfølelse i et slikt møte, vil gjøre at sykepleieren vil kunne befri noen av pasientens bekymringer og prøvelser ved å vise at dette også vedkommer sykepleieren, slik at den hjelpende bidrar til at pasienten slipper å bære alle vanskelighetene helt alene.

Vi har begge erfart at pasienter som er i en lignende situasjon som Ola ofte vil rette et voldsomt sinne mot helsepersonellet og sykehuset av forskjellige grunner. Vi har opplevd at en manisk pasient er veldig verbalt agitert som følge av tvangsvedtaket legen har foretatt og retter dette sinne mot personalet og sykehuset generelt. Dette kan være for at han prøver å slippe løs den smerten han kjenner, eller at han mener at han har god grunn til å skylde på sykehuset for den situasjonen han har kommet opp i. Dermed er det viktig for sykepleieren i denne situasjonen å forholde seg til pasienten på en empatisk måte, samtidig som han klarer å forstå pasientens frustrasjon og følelser og kunne bruke dette i en faglig sammenheng. Med dette viser sykepleieren at han behersker situasjonen rent profesjonelt ovenfor pasienten (Sneltvedt, 2008). I møtet med Ola vil kanskje sykepleieren oppleve en verbal utagering, men i bunn og grunn handler dette om å kunne yte god sykepleie basert på fagkunnskap, noe som



vil si at sykepleieren må møte Ola på en empatisk måte, selv om helsepersonellet blir møtt med en aggressiv tilnærming.

Vi er av den oppfattelsen av at sykepleieren vil kunne oppnå en god allianse med Ola, hvis sykepleieren har evnen til å bruke empati, sympati, medfølelse og fagkunnskap forankret i sykepleie. Viktigheten av å klare å finne en god balanse mellom disse kunnskapene i praksis er også noe som vi anser som nødvendig.

Sneltvedt (2008) mener at hvis sykepleieren har for stor grad av empati, sympati og medfølelse vil det gå utover sykepleierens faglige perspektiv. Vi forstår det slik at sykepleieren da vil miste litt av sin profesjonelle rolle og sitt faglige grunnlag. Sneltvedt (2008) fremhever også viktigheten av å finne en god balanse mellom sykepleierens følelsesmessige engasjement og faglige ståsted, slik at avstanden ikke blir for stor mellom sykepleieren og pasienten, men heller ikke for nær.

Travelbee (1999) mener at hvis sykepleieren skal være i stand til å hjelpe den syke, må sykepleieren engasjere seg følelsesmessig, men samtidig være klar over hva han føler og opplever. Det er altså viktig at sykepleieren er bevisst på hva han gjør og tenker, men i det samme å være klar over hva som er målet med situasjonen. Travelbee (1999) sier at det å involvere seg ikke er i veien for god sykepleie, hvis sykepleieren klarer å involvere seg på et profesjonelt plan. Vi anser dette som ideelt, det å klare å tilnærme seg Ola med empati, sympati og medfølelse samtidig som at sykepleieren bruker sin faglige kunnskap om denne psykiske lidelsen. I møte med Ola og pasienter med samme problemstilling vil det si at sykepleieren må kunne klare å grensesette og bruke tvang på en fast og kontrollert måte, samtidig som han må bruke empati og forståelse for å kunne ivareta verdigheten på en best mulig måte for pasienten. Videre mener vi at det er viktig at sykepleieren er åpen om hvorfor han grensesetter Ola sin atferd, men samtidig respekter og aksepterer pasienten gjennom sin kommunikasjon og handlinger. Dette kan bidra til at Ola forstår at sykepleieren har gode hensikter med sin grensesetting og at det ikke blir gjort bevisst av sykepleieren for å straffe/misbruke makt.

### 5.3 Gjensidig forståelse og kontakt

”Etablering av et menneske – til – menneske – forhold, og opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt, er det overordnede målet for all sykepleie” (Travelbee, 1999, s. 186).

Det er flere faktorer sykepleieren må tenke på for å ivareta Ola på best mulig måte. En av disse faktorene er å samarbeide med- og ivareta pårørende da de ofte ønsker eller har behov for å bli inkludert. Forskning viser at pårørende ønsker å bli møtt av helsepersonell som fornuftige og voksne mennesker, som er engstelige for sin nærmeste. Samtidig som at de kan være en viktig ressurs for både sykepleieren og pasienten (Borg, Haugård & Karlsson, 2012). Vi mener at sykepleieren bør tilstrebe at Ola og sønnen hans har et godt forhold etter utskrivelse. Ola var sint på sin sønn som følge av at han kontaktet politiet. Vi mener at det er viktig at vi ivaretar sønnen ved å forklare han at Ola ikke føler seg syk selv, og derfor reagerer med sinne når han selv ikke mener han trenger behandling. Ved å gi sønnen mer innsikt i Ola sin sykdom, kan dette være med på å styrke forholdet mellom dem.

Sykepleieren må også være klar over at pasienten må få dekket sine grunnleggende behov som søvn, hvile, mat og personlig hygiene. Det er også vesentlig at han føler seg godt ivaretatt og trygg under opphold på skjerming.

Travelbee (1999) mener at når sykepleieren og pasienten har vært igjennom det innledende møte og fasene med empati, sympati og medfølelse, så når man et høydepunkt i menneske – til – menneske – forholdet, som også er det siste steget. Dette kaller Travelbee (1999) gjensidig forståelse og kontakt. Det vil si å ha en mer følelsesmessig holdning i møte med et annet individ. Sykepleieren vil bry seg og ivareta den syke. Det er dette som er det grunnleggende i forståelse og kontakt, det å ha evnen til å kunne bruke sin omsorg som en genuin handling i møte med den syke. Dette er en erfaring som dannes for hver dag sykepleieren og pasienten møtes. Til slutt vil begge partene flytte seg gjennom de andre fasene og kunne klare å opprette en ekte forbindelse til hverandre (ibid., s. 217).

Når det gjelder sykepleiehandlinger, har sykepleieren mange muligheter til å utføre dette på en hensiktsfull måte. Travelbee (1999) mener at målet her må være å få pasienten til å kunne bruke sin styrke på å jobbe mot samme mål. Når det har oppstått gjensidig forståelse og kontakt, vil pasienten være forbi den fasen hvor han ikke har tillit til sykepleieren. Dette kan komme som følge av de foregående fasene som er nevnt i menneske – til – menneske – forholdet, og dermed skape trygghet. Trygghet er da steget videre når man har oppnådd tillit

(ibid., s. 215). Når vi selv i praksis føler at vi har klart å skape en trygghet og gjensidig tillit i møte med pasienten, har dette vært til god hjelp fordi det ofte har ført til at kommunikasjonen flyter bedre. Vi har begge kjent på følelsen av at det virker som om pasienten tolerer grensesetting bedre, samt at hvis eventuelle konflikter har oppstått, har det vært lettere å løse dette på en god måte. Travelbee (1999) mener at det i en langt mindre grad vil forekomme vanskeligheter med kommunikasjonen, og at problemer lettere vil kunne løses hvis man har en gjensidig forståelse og kontakt.

Av egne erfaringer støtter vi oss på det Joyce Travelbee sier om å ha en god kontakt og forståelse med pasienten. Vi har erfart selv at det å kunne klare å motivere pasienten til å ta vare på sine grunnleggende behov blir enklere hvis en slik god kontakt er tilstede. Et eksempel er hvis pasienten ikke vil sove, virker det som om vedkommende er mer disponibel for råd angående viktigheten for god søvnhygiene fra sykepleieren som han har en god kontakt med, enn de ansatte han ikke har denne alliansen med. Det er allikevel viktig å understreke at pasienten ikke bør få mulighet til å misbruke den kjemien han føler han har med noen ansatte, ved å kun la seg grensesette av disse. Videre har vi også erfart at noe av det viktigste i en alvorlig manisk tilstand kan være det å få tilstrekkelig med søvn, fordi vi har erfart at søvn er lindrende i seg selv på veien ut fra den maniske fasen. Dette støttes av Holsten & Bjorvatn (2012) som sier at ved å hjelpe pasienten til en bedre døgnrytme, vil den lidende bli bedre. De sier også at hvis søvnproblemene blir behandlet, vil dette hjelpe mot en eventuell depresjon samt forebygge nye episoder av mani, noe som er særegent ved bipolar type 1 (referert i Holsten & Bjorvatn, 2012).

For å skaffe seg en oversikt over hvor mye pasienten sover, kan det å bruke et søvnregistreringsskjema være til hjelp (Hummelvoll, 2012).

Bortsett fra mangel på søvn, har også Ola spist lite i forkant av innleggelsen, noe som gjør at det er en viktig jobb for sykepleieren å ha fokus på dette også. Hummelvoll (2012) sier at det å ha mat tilgjengelig til en hver tid og at vann tilbys regelmessig er vesentlig. Pasienten i caset har heller ikke ivaretatt sin personlige hygiene, derfor må sykepleieren motivere til dette. Ivaretagelse av egen personlige hygiene må til for å støtte oppunder pasienten sin verdighet (ibid., s. 236-237).

I praksis har vi opplevd at det blir brukt en dagsplan, noe som ofte gir en god oversikt og forutsigbarhet over hva dagen bringer. Dagsplanen bør inneholde blant annet når måltidene finner sted, når pasienten bør hvile og eventuelt avsatt tid til å dusje. Hummelvoll (2012) sier

at en s nn plan bør redigeres ofte i forhold til pasientens form til enhver tid. Gj rem lene på planen bør være realistisk for pasienten   gjennomføre.   få dekket sine grunnleggende behov kan være et skritt på veien mot mestring og bedring av Ola sin lidelse.

For   kunne hjelpe Ola til   mestre sin mani, med mest mulig verdighet i behold, kreves det kunnskaper og forståelse om Ola sin situasjon og lidelse. For at sykepleieren skal kunne tilegne seg disse egenskapene, trengs det erfaringsbasert kunnskap og en god teoretisk forankring. Vi har erfart at det   dele erfaringer med andre i personalgruppen, kan være en god hjelp i m te med en manisk pasient. Dette fordi det gir rom for tanker og meninger blant personalet, noe som igjen kan resultere i en god faglig refleksjon rundt det   kunne hjelpe pasienten på en best mulig måte.

Hummelvoll (2012) mener at det er en stor faglig og moralsk utfordring   hjelpe denne pasientgruppen. Videre trengs det kunnskap, erfaring, refleksjoner og ha en evne til   bry seg om andre mennesker for   kunne hjelpe pasienten til bedring.

## 6.0 Konklusjon

Problemstillingen i vår oppgave var: Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta den maniske pasientens verdighet under tvangsinnleggelse? I vår forforståelse antok vi at vi kunne ivareta den maniske pasientens verdighet selv under omstendigheter som innebærer tvang.

Drøftingen viser at det er mange faktorer sykepleieren må være klar over i møte med en alvorlig manisk pasient. Vi forstår nå at vi som sykepleiere ikke vil klare å unngå å krenke pasientens verdighet under tvangsinnleggelse. Men at sykepleieren heller må tenke på hva de maniske handlingene kan medføre for pasienten i fremtiden, og derfor rette fokus mot å tenke på hva som er til pasientens eget beste slik at han unngår å krenke seg selv. Det er ikke urealistisk å tenke seg at Ola kunne ha mistet jobben, kommet i en familiekonflikt, blitt økonomisk ruinert eller i verste fall havnet i fengsel. Dette ville blitt en stigmatiserende krenkelse. Egne erfaringer tilsier også at når en pasient har ”landet” litt fra manien, er pasientene glade for at noen grep inn når de var i en manisk tilstand.

Allikevel må sykepleieren forsøke å gjøre oppholdet på skjerming mest mulig verdig for Ola. Vi har funnet Joyce Travelbee sin filosofi om menneske – til – menneske – forholdet som relevant i slike situasjoner. Sykepleieren bør ha en faglig kompetanse samt evnen til å bruke dette sammen med empati, sympati og medfølelse i møte med pasienten, slik at det skapes en god allianse og en gjensidig forståelse. Dette mener vi er nødvendige kriterier for at den maniske pasienten skal ha best mulig opplevelse av at hans verdighet blir ivaretatt.

Viktigheten av gode allianser underbygges også i studien til Kogstad, Ekeland & Hummelvoll (2011) som blant annet sier at det å ha en god relasjon med pasienten bidrar til menneskelig verdighet.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi savnet mer tilgjengelig forskning som spesifikt omhandler maniske pasienter og hvordan sykepleier kan møte den tvangsinnlagte på en terapeutisk og profesjonell måte.

## 7.0 Referanseliste

\*Andreassen, O., A. (2012). Genetikk ved bipolar lidelser. I Haver, B, Ødegaard, K.J & Fasmer, O.B (Red.), *Bipolare Lidelser* (s. 77– 86). Bergen: Fagbokforlaget. Antall sider: 9

\*Andreassen, O., A & Sundet, K. (2012). Kognitive funksjoner ved bipolar lidelser. I Haver, B, Ødegaard, K.J & Fasmer, O.B (Red.), *Bipolare Lidelser* (s. 253 – 264). Bergen: Fagbokforlaget. Antall sider: 1

Backmann, M. & Lindhardt, J. (2007). Søvn og hvile. I T. E., Mekki (Red.) & S. Pedersen, *Sykepleieboken 1: Grunnleggende sykepleie*. (3. utg. s. 585 – 629). Oslo: Akribe AS

\*Bremnes, R., Lilleeng, S.E., Pedersen, P.B., Skoe, C.H & Vestrheim, M.S. (2012). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2011*. Helsedirektoratet (Rapport IS-2035, 2012). Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2011/Sider/default.aspx> Antall sider: 1

\*Borg, M., Haugård, E. & Karlsson, B. (2012) ”Uten oss går det ikke” – pårørendes erfaringer med psykisk krise. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning (nr. 2-2012, 8. årgang). Lokalisert på <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/2407/2232> Antall sider: 14 sider

\*Bowers, L., Allan, T., Simpson, A., Jones, J., Van Der Merwe, M. & Jeffrey, D. (2009). *Identifying Key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatient Psychiatric Wards*. (Informa healthcare, 30:260-271, 2009). London: City University & St. George’s University of London. Antall sider: 10

Brinchmann, B. S. (2008). De fire prinsippers etikk . I B.S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (2. utg., s. 89-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Daffern, M., Thomas, T., Ferguson, M., Podubinski, T., Hollander, Y., Kulkhani, J., deCastella, A. & Foley, F. (2010). *The Impact of Psychiatric Symptoms, Interpersonal Style, and Coercion on Aggression and Self-Harm During Psychiatric Hospitalization*. (Alfred Psychiatry Research Centre. Psychiatry 73(4) Winter 2010). Melbourne: Alfred Psychiatry Research Centre. Antall sider: 17

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

Eide, H & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Fasmer, O., B. & Ødegaard, K.,J. (2012). Det bipolare spektrum. I Haver, B, Ødegaard, K.J & Fasmer, O.B (Red.), *Bipolare Lidelser*. (s. 117 – 138). Bergen: Fagbokforlaget. Antall sider: 21

Fredriksen, A & Arneberg, H., M. (2007). Eliminasjon. I T. E., Mekki (Red.) & S. Pedersen, *Sykepleieboken 1: Grunnleggende sykepleie*. (3. utg. s. 491- 547). Oslo: Akribe AS

\*ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer: systematisk del, alfabetisk indeks (forenklet). (2012). Oslo: Helsedirektoratet. Antall sider: 1

\*Ilnér, S., O. (2012). *Akuttpsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 53

Haugsgjerd, S., Skårderud, F. & Stånicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Haver, B, Ødegaard, K.J & Fasmer, O.B (Red.). (2012). *Bipolare Lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Helsedirektoratet. (2012). *Slik bruker du Brøset Violence Checklist (BVC)*. Lokalisert på <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/slik-bruker-du-br%C3%B8set-violence-checklist-bvc>. Antall sider: 1

\*Hoffmann, B. (2002). Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang. *Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo*. Doi: 10.4220/sykepleiens.2002.0048. Antall sider: 1

\*Holsten, F. & Bjorvatn, B. (2012). Søvnforstyrrelser ved bipolare lidelser. I Haver, B, Ødegaard, K.J & Fasmer, O.B (Red.), *Bipolare Lidelser* (s. 211 – 224). Bergen: Fagbokforlaget. Antall sider: 14

\*Hummelvoll, J.K. (2003). Om å møte mennesker med manisk lidelse – utvikling av erfaringsbasert personalkunnskap. . I J.K. Hummelvoll (Red.), *Kunnskapsdannelse i praksis: Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. (s. 100 – 114). Oslo: Universitetsforlaget. Antall sider: 14

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Jamison, R. K. (1995). *Mitt urolige sinn*. Oslo: Hjemmets Bokforlag A/S. Antall sider: 213

Knutstad, U. (2010). Pasienten i sentrum i helsetjenesten. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. (3. utg., s. 19 - 25). Oslo: Akribe AS

\*Kogstad, R. E., Ekeland, T.-J. & Hummelvoll, J. K. (2011). *In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change*. (Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2011, **18**, 479-486). Elverum: Hedmark University College. Antall sider: 7

\*Kringlen, E. (2011). *Psykiatri* (10. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 59

\*Maskill, V., Crowe, M., Luty, S. & Joyce, P. (2010). *Two sides of the same coin: caring for a person with bipolar disorder*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (2010, 17, 535-542). Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2ba91a28-3c7f-4c0b-b102-e0e499c961db%40sessionmgr110&vid=52&hid=113> Antall sider: 9



Mathisen, J. (2007). Hva er sykepleie?: Virginia Hendersons svar. I T. E., Mekki (Red.) & S. Pedersen, *Sykepleieboken 1: Grunnleggende sykepleie* (3. utg., s. 67 - 86). Oslo: Akribe AS

\*Morken, G. (2012). Psykoedukasjon og annen psykoterapi ved bipolare lidelser. I Haver, B, Ødegaard, K.J & Fasmer, O.B (Red.), *Bipolare Lidelser* (s. 303 – 315). Bergen: Fagbokforlaget. Antall sider: 12

Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelse i teori og praksis*. (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF.

Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. § 3. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>

Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. § 4. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>

Sneltvedt, T. (2008). *Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?* I B.S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (2. utg., s. 149 - 163). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 91

\*Ødegarrd, K., Høyersten J.G. & Fasmer, O.,B. (2012). Historisk utvikling, epidemiologi og klassifisering av bipolare lidelser. I Haver, B, Ødegaard, K.J & Fasmer, O.B (Red.), *Bipolare Lidelser* (s. 45 – 72). Bergen: Fagbokforlaget. Antall sider: 27

Totalt 575 sider egenvalgt litteratur.

## 8.0 Sammendrag

**Tittel:** Det urolige sinn – The troubled mind

**Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:**

**Introduksjon:** Oppgaven tar utgangspunkt i sykepleie til mennesker i en alvorlig manisk fase, på en skjermet enhet ved en akuttpsykiatrisk avdeling. Videre omhandler oppgaven hvordan sykepleieren kan unngå å krenke pasientens verdighet under tvangsinnleggelse.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven å lære mer om hvordan vi kan møte en tvangsinnlagt manisk pasient med verdighet og integritet, samtidig med en faglig forståelse.

**Metode:** Dette er en litteraturstudie. Det er brukt en utforskende teoretisk tilnærming i henhold til pensumlitteratur, relevant egenvalgt litteratur og forskning.

**Resultater:** Oppgaven viser at bipolar lidelse og mani kan ha flere omfattende problemområder. Det belyses flere temaer som sykepleieren må ta med seg i møte med den maniske pasienten. Videre viser oppgaven hvordan sykepleieren kan gjøre oppholdet på skjerming best mulig for pasienten, gjennom god kommunikasjon og miljøterapi for å skape en god relasjon. Hvordan sykepleieren løser etiske konflikter er også noe som er en stor del av hele behandlingen, ettersom det kommer frem at dette ofte er et problem i psykisk helsevern, særegent i møte med tvang.

**Konklusjon:** Det viser seg å være vanskelig for sykepleieren å unngå krenkelse av pasientens verdighet i den akutte fasen. Men sykepleieren må heller fokusere på og hjelpe pasienten til å unngå å krenke seg selv, som følge av handlingene manien kan føre med seg.

## Vedlegg 1. Søkehistorikk

Dato:	Søkeord:	Databaser:	Avgrensning:	Antall treff:	Leste abstrakter:	Leste artikler:	Inkluderte artikler:
10/4-13	Psychiatric AND Impact AND Acute	CINAHL	- Fulltekst - Abstrakt - 2009 - 2013	15	3	1	1
10/4-13	Karlsson, B	SweMed	- Les Online	14	2	1	1
11/4-13	Kogstad, R	PubMed	- Abstrakt -Research article	4	1	1	1
11/4-13	Aggressive behaviour AND Mental healt	CINAHL	- Fulltekst - Abstrakt - 2009 - 2013	10	1	0	0
11/4-13	Aggressive behaviour AND Mental illness	CINAHL	- Fulltekst - Abstrakt - 2009 - 2013	1	1	1	1
12/4-13	Mental health AND Nursing	CINAHL	- Fulltekst - Abstrakt - 2009 - 2012	1293	0	0	0
12/4-13	Mental health AND Mania	CINAHL	- Fulltekst - Abstrakt - 2009 - 2012	1	1	0	0
12/4-13	Mental health AND bipolar	CINAHL	- Fulltekst - Abstrakt - 2009 - 2012	14	1	1	0

## Vedlegg 2. Pico-skjema

<p>Skriv spørsmålene dine her. Husk å være så presis i formuleringen som du klarer.</p> <p>Sett spørsmålene dine inn i PICO:</p>	<p>Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta den maniske pasientens verdighet under tvangsinnleggelse?</p>	
<p><b>P: Pasient/problem</b></p>	<p>Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?</p>	<p>Bipolar lidelse type 1. Mani.</p>
<p><b>I: Intervention</b></p>	<p>Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?</p>	<p>Kommunikasjon. Alliansebygging. Miljøterapi. Tvang.</p>
<p><b>C: Comparison</b></p>	<p>Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).</p>	
<p><b>O: Outcome</b></p>	<p>Hvilke endepunkter/ utfall er du interessert i?</p>	<p>Ivareta verdighet. Skape allianse.</p>