

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Hanna Aalerud og Ina Thomassen

Bacheloroppgave i sykepleie
Møte med en pasient i manisk fase

Meeting a patient in a manic state

BASY 2015
2018
Veileder: Marit Bye

Antall ord: 13013

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Tittel: Møte med en pasient i manisk fase.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren skape allianse med en pasienten i manisk fase?

Innledning: Selvmordsrisikoen for mennesker med bipolare lidelser er femten ganger høyere enn hos mennesker som ikke har denne psykiske lidelsen. Derfor er det viktig å sette fokus på de ulike aspektene ved denne lidelsen. Vi har valgt å skrive om den maniske fasen ved bipolar lidelse.

Hensikt: Kunnskap om å møte pasienter i manisk fase kan være grunnlaget for et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient og kan bidra til å skape en allianse mellom dem.

Teori: Vi har valgt ut teori som vi ser på som relevant for å kunne svare på problemstillingen. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee skriver om det første møtet med en pasient og verdier som vi ser på som viktige i arbeid med psykiske lidelser.

Metode: Dette er en litteraturstudie som tar utgangspunkt i pensumlitteratur og relevante fag- og forskningsartikler.

Drøfting: I drøftingsdelen ser vi på de forskjellige sidene av den informasjonen vi har innhentet.

Konklusjon: For å kunne danne en allianse med en pasient i manisk fase er det flere faktorer som spiller inn. Det avhenger av sykepleierens kunnskap og bevissthet og det avhenger av pasientens bakgrunn og erfaringer. Det er viktig med ytterligere forskning på området, tilpasset den aktuelle pasientgruppen. Den forskningen og teorien vi har benyttet oss av, særlig når det gjelder kommunikasjon, kan ha overføringsverdi til andre pasientgrupper.

Innhold

Innholdsfortegnelse

INNHold	3
1. INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN FOR VALGT TEMA	4
1.2 HENSIKT – FORMÅL MED OPPGAVEN.....	4
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	5
1.4 AVGRENSNING OG BEGREPSAVKLARING	5
2. TEORIDEL	8
2.1 HVA ER BIPOLAR LIDELSE?	8
2.2 MANI.....	9
2.3 ULIKE GRADER AV MANI	10
2.4 LIDELSESASPEKTET.....	11
2.5 UTVIKLING AV ALLIANSE	12
2.6 SKJERMING	14
2.7 BRUKERMEDVIRKNING	15
2.8 KOMMUNIKASJON	15
2.9 KOMMUNIKASJON MED PASIENTER I MANISK FASE	16
2.10 KOMMUNIKASJON OG ETIKK	17
3. SYKEPLEIERTEORI	18
4. METODE	21
4.1 HVA ER METODE	21
4.2 LITTERATURSØK OG SØKEHISTORIKK.....	21
4.3 KILDEKRITIKK.....	22
4.4 ETISKE OVERVEIELSER	22
5. RESULTATER OG FUNN	24
6. DRØFTING	28
6.1 PRESENTASJON AV CASE	28
6.2 DRØFTING	28
7. KONKLUSJON	40
8. LITTRATURLISTE	41
9. VEDLEGG	45
9.1 VEDLEGG 1. PICO-SKJEMA.....	45
9.2 VEDLEGG 2. SØKEHISTORIKK.....	45

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Vi har valgt å fokusere på møte med en pasient med bipolar lidelse, type I, i manisk fase innlagt på distriktpspsykiatrisk senter, heretter DPS. For oss som skal bli sykepleiere er det viktig å ha nok kunnskap om den lidelsen vi har med å gjøre slik at vi kan utøve god sykepleie til den enkelte. Dette innebærer holdninger, god kommunikasjon, kunnskap, forståelse, empati, og å se det enkelte individet. Vi er begge opptatt av at psykisk helsevern skal være et fagfelt som er preget av god kvalitet og kunnskap blant sykepleiere og annet helsepersonell. I tillegg er vi opptatt av at pasienten skal ha tillit til oss helt fra det første møtet. Vi har begge erfart i praksis at det første møtet med pasienten er viktig for videre samarbeid. For å møte en pasient i manisk fase på en god måte og for å kunne skape allianse med pasienten mener vi at det er viktig å ha tilstrekkelig med kommunikasjonsferdigheter. I tillegg må vi ha kunnskap om bipolar lidelse og ha en viss innsikt i hvordan det å være i en manisk fase oppleves for pasienten. I følge Nasjonale faglige retningslinjer for bipolare lidelser er livstidsforekomsten ved bipolar lidelse type I på omlag 1%. I Norge debuterer 30-60% av alle med bipolar lidelse før de 19 år gamle (Helsedirektoratet, 2012, s. 11). Hos mennesker med bipolare lidelser er selvmordsrisikoen omtrent 15 ganger høyere enn hos andre mennesker (Helsedirektoratet, 2012, s. 10). Disse tallene viser hvor viktig det er å sette fokus ivaretagelse av denne pasientgruppen.

1.2 Hensikt – formål med oppgaven

Kristoffersen (2015) skriver at:

Når en utøver sykepleie overfor en hjelpetrengende pasient, er det forutsatt at en kommuniserer og samhandler med pasienten. Grunnleggende ferdigheter i å samhandle med mennesker omfatter evne til å forstå andre og til selv å gjøre seg forstått ved hjelp av et klart språk. (s.180)

Ferdigheter som aktiv lytting, vise en åpen og lyttende holdning og å stille klargjørende spørsmål, er viktig å beherske dersom en skal kunne forstå situasjonen andre mennesker

befinner seg i og hvordan de selv opplever den. Disse ferdighetene er kanskje spesielt viktige i samhandling og kommunikasjon med mennesker som er i manisk fase, fordi tankene kan være kaotiske og realitetsorienteringen kan være dårlig. I tillegg til å være bevisst den verbale kommunikasjonen må sykepleieren tenke over eget kroppsspråk og egen væremåte (Kristoffersen, 2015, s. 180).

I arbeidet med denne oppgaven ønsker vi å øke vår egen kunnskap om dette temaet og kanskje også bidra til økt bevissthet og kunnskap hos andre som jobber med samme pasientgruppe. Kunnskap om møte med pasienter i manisk fase kan gjøre sykepleiere tryggere, og gjøre det lettere for sykepleier og pasient å ha en god relasjon videre i forløpet. For å forstå helheten i bipolar lidelse og da spesielt mani, må vi også forstå hva som utgjør lidelsen hos disse pasientene.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Vi tar for oss følgende problemstilling i vår oppgave: Hvordan kan sykepleieren skape allianse med en pasienten i manisk fase?

1.4 Avgrensning og begrepsavklaring

I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på den maniske fasen ved bipolar lidelse. Vi vil fokusere på hvor viktig det er å skape relasjon og tillit under det første møtet. Hvordan skape en allianse og hvordan kommunisere med pasienter i manisk fase? Vi har valgt å bruke en case for å avgrense oppgaven vår og for å kunne drøfte ut i fra den. Vi har tatt utgangspunkt i at pasienten legges inn frivillig og hvordan helsepersonell bør opptre i dette møtet. Pasienten i vår case har levd med bipolar lidelse i flere år, og har flere innleggelseser bak seg. Casen blir presentert før drøftingsdelen for å gjøre det lettere for leseren. Casen vil utvikle seg underveis i drøftingen ved at nye momenter bringes inn. For å avgrense oppgaven vår har vi valgt å ikke skrive om den depressive fasen i bipolar lidelse. Vi har også valgt å ikke ha fokus på det medisinske innenfor bipolar lidelse og mani. Forskningen vi har valgt har

pasient og/eller sykepleierfokus og alle handler om kommunikasjon, relasjon eller sykepleie til den aktuelle pasientgruppen. Jan Kåre Hummelvoll som er vår litterære hovedkilde har en fenomenologisk og holistisk-eksistensiell tilnærming til pasientens situasjon (Hummelvoll, 2012, s. 8). Sykepleieteoretikeren vi har valgt for denne oppgaven er Joyce Travelbee, hun er inspirert av eksistensialistisk filosofi (Kristoffersen, 2015, s. 216). Relevante begreper som ikke defineres under, forklares underveis i oppgaven.

Pasient

I pasient- og brukerrettighetsloven defineres pasient slik: «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3 a).

Sykepleie

Travelbee definerer sykepleie på følgende måte:

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

Bipolar lidelse type 1

I følge WHO's internasjonale diagnostiske klassifiseringssystem ICD-10 defineres bipolar lidelse type I slik: «Personen har hatt mer enn en episode av depresjon, mani, hypomani eller blandet episode, og en av disse har vært mani» (Helsedirektoratet, 2012, s. 9).

Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen beskrives i boken *Grunnleggende sykepleie* og defineres slik av Hildegard Peplau: «alt som skjer mellom pasient og sykepleier» (Dahl & Skaug, 2014, s.18).

Etikk

Etikk kan defineres på følgende måte: «systematisk refleksjon over moralske problemer og sammenhenger» (Eide & Eide, 2016 s. 51).

Holistisk tilnærming

Holistisk tilnærming betyr å se «den enkelte pasient som en kompleks, integrert helhet med en fysisk, emosjonell, sosial, kulturell og åndelig dimensjon» (Hummelvoll, 2012, s. 8).

Eksistensialismen

Eksistensialismen kan forstås som en livsholdning og en måte og tenke på i følge Hummelvoll. «... å forstå den menneskelige eksistens ut fra et helhetsperspektiv – hvor både individualitet, relasjoner, omgivelser og det åndelig-eksistensielle fokuseres» (Hummelvoll, 2012, s. 8).

Fenomenologi

«Med et fenomenologisk utgangspunkt er det sykdomsopplevelsen en vil være opptatt av, ikke sykdommen i seg selv» (Kristoffersen, 2015, s. 70).

2. Teoridel

2.1 Hva er bipolar lidelse?

Bipolare lidelser er stemningslidelser hvor pasienten i perioder har nedsatt stemningsleie, depresjon, og i andre perioder kan pasienten oppleve hevet stemningsleie som kalles hypomani eller mani. Når pasienten ikke befinner seg i en av disse fasene, kan det være korte eller lengre perioder med normalt stemningsleie (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2016, s. 340). Noen ganger kan pasienten oppleve både depresjon og mani samtidig, dette kalles blandede episoder (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012, s. 62).

Jan Kåre Hummelvoll skriver at både depresjon og mani lenge har vært oppfattet som psykiske lidelser. I lang tid har det blitt funnet en sammenheng mellom disse to tilstandene på tross av at de er motsetninger til hverandre. Helt tilbake i 1899 ble manisk-depressiv sykdom et begrep introdusert av psykiateren Kraepelin. Han var sikker på at mani og depresjon var en og samme sykdomsprosess på tross av at tilstandene er så forskjellige. Bipolar lidelse blir fortsatt sett på som en og samme lidelse, men med forskjellige former. Det kan være lett å tenke på mani og depresjon som motpoler til hverandre. Hummelvoll skriver at det hevdes at det heller er to forskjellige dimensjoner og begrunner dette med at både mani og depresjon kan oppleves samtidig. Det finnes forskjellige varianter av bipolar lidelse, men de er delt inn i to hovedgrupper, bipolar lidelse I og bipolar lidelse II. Ved bipolar I er manien og depresjonen ofte svært alvorlige. I manisk fase kan pasienten være preget av redusert realitetsoppfattelse, lite behov for søvn, overdreven energi og å gjøre ting en ikke ellers ville gjort. For at oppførselen skal kunne defineres som mani må den vare i over en uke. Ved bipolar II er maniene mildere og betegnes som hypomani. Depresjonene pasienten har er derimot like alvorlige som ved bipolar I. En hypomani må vare i minst fire dager for å kunne kalles hypomani i medisinsk-psykiatrisk forstand. Ved hypomani har pasienten ofte mye energi, økt kreativ evne og arbeider mye, men mister ikke realitetsforankringen (Hummelvoll, 2012, s. 223).

2.2 Mani

Mania på gresk betyr galskap eller raseri. Mani er en lidelsesform som oppleves ulikt for forskjellige personer. Ved bipolar lidelse kan en rammes av mani med depresjon etter den maniske fasen. For noen kan manien oppleves som en rus fordi man kan føle seg som verdensmester og selvkritikken er borte. Noen kan i manisk fase sette seg i gjeld, oppleve økt sexdrift, oppføre seg utagerende eller komme i konflikt med familie, venner eller kollegaer. Etter en slik periode kan pasienten synke ned i en tung depresjon preget av anger og fortvilelse (Hummelvoll, 2012, s. 224). Mani alene forekommer sjeldent, men et menneske kan oppleve en manisk episode som behandles og ikke gjentar seg. Mennesker med bipolare lidelser kan oppleves som sjarmerende og det er ikke alltid de rundt forstår at personen er i ferd med å bli manisk. Hvis manien fortsetter ubehandlet over tid kan personen utvikle vrangforestillinger (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2016, s. 340-341).

I boka *Bipolare lidelser* siteres Steve Millard (2011) og han beskriver viktige kliniske karaktertrekk ved mani:

Jeg var nettopp kommet ned fra en langvarig psykotisk “høy” periode, jeg hadde følt meg usårbar, til og med udødelig, jeg hadde begynt å kalle meg selv “frelseren”. Det hadde vart i månedsvis, og i hele denne perioden var jeg euforisk. Jeg trodde jeg kunne gjøre alt. Jeg sov sjelden, og når jeg sov, varte det aldri mer enn tre-fire timer. I våken tilstand var jeg agitert, full av energi og oppslukt av ideer og planer, de fleste av dem ville og upraktiske. Jeg var arrogant og opportunistisk mot mine medarbeidere, umulig mot mine venner. Jeg brukte penger hensynsløst og impulsivt. Jeg drakk, ikke for å medisinere meg selv eller dempe mine indre demoner, men for å gi dem påfyll. (s.61-62)

Symptomene han beskriver er hevet stemningsleie i form av økt glede eller irritabilitet, vrangforestillinger om eget ego, økt psykomotorisk aktivitet med redusert søvnbehov og tretthetsfølelse. Hevet stemningsleie er det som oftest forbindes med en manisk tilstand. Ved bipolar lidelse er det de maniske symptomene som er de vanligste kjennetegnene og viktige sykdomsindikatorer. Ved noen tilfeller kan oppstemthet og grenseløshet øke til et nivå hvor pasienten får paranoide eller grandiose vrangforestillinger. De grandiose vrangforestillingene er typisk for pasienter med mani og går på at personen føler seg spesiell i forhold til andre

eller at man har spesielle begavelser. Paranoide vrangforestillinger kan kjennetegnes ved at pasienten tror han er utvalgt, eller overvåket av for eksempel spioner. Pasienter med mani kan holde seg våkne i flere døgn eller kun ha behov for å sove få timer i løpet av døgnet (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012, s. 62-63).

2.3 Ulike grader av mani

Ved mild mani kan pasienten oppleve opprømtet og eufori. Hos hypomane personer bunner ikke disse følelsene i et reelt grunnlag, slik for eksempel lykkefølelse gjør hos andre mennesker. Økt fysisk aktivitet sammen med trangen til å være kreativ og føle at man har evne til å løse problemer lett er andre typiske kjennetegn ved moderat mani, eller hypomani. Irritabilitet kan forekomme, men pasienten er hovedsakelig euforisk og kan snakke raskt og høyt. Enkelte kan kle seg påfallende og være ukritiske i bruken av penger. Pasienter som er hypomane og har tidligere erfaringer med at hypomanien utvikler seg kan ha behov for poliklinisk hjelp til å regulere aktivitetsnivået.

Moderat mani kjennetegnes ved at pasientenes tankeaktivitet er mer intens.

Konsentrasjonsevnen kan være svekket og stemningsleie hevet. Pasienten kan ha store forestillinger om seg selv og ha mange prosjekter i gang samtidig. Personer rundt kan oppleve denne oppførselen som krevende uten at den maniske har innsikt eller forståelse til å se dette. Søvnbehovet er betraktelig redusert og pasientens personlige hygiene blir ikke ivaretatt tilstrekkelig. Personen selv kan oppleve det som om han aldri har vært i bedre form, eller aldri følt seg bedre. Derfor kan pasienten stille seg uforstående til eller reagere med aggresjon hvis behandling eller innleggelse foreslås.

Alvorlig mani kan starte med en hypoman fase. Ved alvorlig, fullt utviklet, mani har pasienten voldsom fysisk uro og aktiviteten og stemningsleiet er svært høyt. Aggressive og eksplosive utbrudd med flyktig og labilt humør er typisk, og det kan være veldig ubehagelig for dem rundt. Pasientens mentale aktivitet er rask, vitser og rim kommer lett og tankegangen er usammenhengende, det kan derfor være utfordrende å ha en samtale med han. Hallusinasjoner og "vrangforestillinger" kan forekomme selv om de ikke varer særlig lenge. Pasienten har gjerne forestillinger om, eller kan høre stemmer som forteller han hvor spesiell eller storartet han er. Av og til kan pasienten tro han blir forfulgt eller at det er en konspirasjon mot han på grunn av at andre ikke er med på hans tankegang eller forstår hvor

spesiell han er. I tillegg kan pasienten være desorientert i forhold til tid og sted, sove lite, personlig hygiene og ernæring blir ikke ivaretatt. Klærne pasienten går med er ofte påfallende. Denne tilstanden krever sykehusinnleggelse. En pasient med mani har positiv selvaktelse og kan føle at alt er mulig. Pasientens evne til å observere egne tanker og følelser er sterkt redusert og på grunn av et høyt psykisk tempo og distraherbarhet unngår han tanker og fakta som kan lede han inn i en depresjon. Pasienten benytter seg av forsvarsmekanismen benektelse og også reaksjonsdannelse (Hummelvoll, 2012, s. 225-227). Reaksjonsdannelse er når en person bevisst har holdninger og adferd som er motsatt av det han egentlig føler og ønsker (Hummelvoll, 2012, s. 179).

2.4 Lidelsesaspektet

Hummelvoll skriver at lidelsen i manien både er følbart og observerbart til stede. Han har gjennom samtaler med pasienter og sykepleiere kommet frem til fire aspekter ved mani som oppleves som lidelse for pasienten.

Sykdomslidelse.

For pasienten er manien en påkjenning både fysisk og psykisk. Tristhet og sårbarhet ligger gjemt bak det glade og lette inntrykket personen gir. På grunn av det hevede stemningsleiet får ikke pasienten den roen han trenger. Det blir slitsomt for pasienten å holde depresjonen på avstand ved hjelp av manisk overaktivitet. Pasienter som blir spurt om de egentlig føler seg deprimerte og triste kan oppleve å bli lettet. Kanskje er dette fordi de endelig føler seg sett og forstått. Lidelsen kan også bunne i at pasienten føler seg frisk og i fin form, mens andre vurderer han som syk (Hummelvoll, 2012, s. 229). «Å leve på «høygir» 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.» (Hummelvoll, 2012, s. 229).

Eksistensiell lidelse.

Noen pasienter kan føle på en tristhet over at livet ikke ble slik de hadde ønsket. Enkelte kan slite med tanken på om en skal få barn eller ikke. Hvilke utfordringer blir det for dette barnet? Pasienten kan oppleve det som sårt at andre ikke forstår hvor utfordrende det er med et følelsesliv som er såpass uregjerlig. Etter en manisk periode kan pasienten føle behov for å isolere seg på grunn av den antatte sosiale stigmatiseringen. Pasienter med mani som blir

møtt av helsepersonell på en skjematisk og prosedyreorientert måte kan føle at de ikke blir sett og forstått. Dette kan oppleves som en brist i det å bli bekreftet som menneske (Hummelvoll, 2012, s. 229).

Pleie- og behandlinglidelse.

Denne typen av lidelse kan handle om at pasienten opplever å bli fratatt følelser og påført ubehagelige bivirkninger gjennom medikamentell behandling. Det kan også handle om angrep på pasientens autonomi ved å bruke skjerming, tvang og grensesetting som behandlingsmåter.

Sosial lidelse.

Lidelsesaspektet sosial lidelse går ut på at pasienten mister sin rolle i samfunnet og ikke lenger føler at han har noe å bidra med. Det kan også være i form av isolasjon, diskriminering, utstøtning, stigmatisering, boligproblemer eller ensomhet. Sosial lidelse henger sammen med eksistensiell lidelse. Etter en manisk episode kan den eventuelle sosiale blameringen oppleves som vanskelig å takle. Pasienten kan bli konfrontert med hva han har gjort og føle skyld og skam, dette kan i verste fall føre til selvmord. Det kan være tungt å akseptere at den "maniske oppførselen" er en del av en selv. Hvis pasienten føler og tror at det inntrykket andre får av han under en manisk periode vedvarer etter sykdomsperioden, kan dette føre til at han ikke tar kontakt med andre og dermed blir ytterligere isolert (Hummelvoll, 2012, s. 229-230).

For å kunne yte godt psykisk helsearbeid er det viktig å kunne forstå de ulike sidene av lidelsen. Det er lindring av lidelsen i tillegg til omsorg som er sykepleierens viktigste bidrag til pasienten. Det er når man forstår hva lidelse er for den enkelte pasient at man kan hjelpe med å lindre den (Hummelvoll, 2012, s. 433).

2.5 Utvikling av allianse

Hummelvoll skriver om sykepleier-pasient-fellesskapet. Han kaller det nettopp et fellesskap fordi han vil legge vekt på møtet mellom to mennesker i stedet for rollene disse menneskene har. Det handler om å møte hverandre som hele mennesker og som likeverdige personer. Allikevel skal det kunne balanseres, og bevisstgjøres, at den ene søker hjelp og den andre gir tilbud om hjelp. For å kunne skape en bedringsprosess er en god allianse mellom pasient og sykepleier essensielt. Allianzen avhenger av at den dannes på grunnlag av gjensidig tillit og

åpenhet. Utviklingen av denne alliansen beskrives gjennom ulike faser som pasienten og sykepleieren går igjennom (Hummelvoll, 2012, s. 38).

Den første fasen er forberedelsesfasen, før selve møtet, der både pasient og sykepleier gjør seg opp tanker om hvordan møtet vil bli. Etterpå kommer orienteringsfasen. Så er det arbeidsfasen, hvor hovedarbeidet blir gjort. I arbeidsfasen foregår problemløsning og det jobbes for å øke pasientens selvinnsikt. Til sist oppsummeres arbeidet i avslutningsfasen. Vi velger i oppgaven vår å fokusere på orienteringsfasen der det første møtet med pasienten skjer (Hummelvoll, 2012, s. 434-435). Det er fordi vi er nødt til å avgrense oppgaven og fordi denne fasen er den viktigste i forhold til det første møtet og å skape grunnlaget for alliansen og videre samarbeid. Hummelvoll beskriver hva fasen innebærer når det gjelder pasienter i manisk fase. Selv om Hummelvoll presenterer alliansebyggingen i forskjellige faser, glir fasene over i hverandre og det er ikke alltid lett å kunne skille dem i arbeidet med en pasient. I orienteringsfasen er det faglige utfordringer i det å skulle møte personen på rett måte. Hensikten er å hjelpe med å lindre pasientens lidelse, ta vare på hans integritet og å kunne redusere varighet og alvorlighetsgrad av de maniske symptomene. I møte med den enkelte må man finne fram til hva som er spesielt i akkurat denne pasientens situasjon og det er viktig å se han der han er nå. Det er en del ting som det er viktig å undersøke og vurdere ved innleggelse. Det første er årsaken til at pasienten legges inn. Hva pasienten selv oppfatter som innleggelsesårsak og hva innleggende lege og også hva pårørende sier. Det neste er hvilke helseproblemer han har, og hvordan allmenntilstanden er. I tillegg er det vesentlig å undersøke hvordan tanke- og følelseslivet ser ut, personlig hygiene og ernæring, familie og nettverk, yrkesaktivitet, medikamentbruk og økonomi. Hovedsakelig bør pasienten kunne forholde seg til én primærsykepleier eller primærgruppe. En pasient som er i manisk fase har ofte ikke tid til å ivareta grunnleggende behov, dette kan svekke selvaktelsen. Sykepleieren bør derfor minne han på å sove, dusje, spise, hvile, drikke og gå på do. Pasienten kan bli obstipert da han undertrykker trangen til å gå på do og fordi han ofte ikke tid til å spise og drikke nok. Derfor er det viktig at sykepleiere og andre ansatte passer på at mat og drikke er lett tilgjengelig for pasienten i den maniske fasen (Hummelvoll, 2012, s. 233-237). Pasientens undertrykte behov for søvn kan føre til fysisk utmattelse. Pasienten bør derfor oppmuntres til å ta pauser og sette seg ned for å hvile, og det kan være en fordel om sykepleieren setter seg ned sammen med han. Moderat fysisk aktivitet er gunstig for pasienter i manisk fase for å få utløp for økt uro forårsaket av forandringer i pasientens psykomotoriske funksjoner (Hummelvoll, 2012, s. 242). Personalet på avdelingen kan hjelpe med å legge til rette for at pasienten skal få sove ved å tilby rolig musikk, et svakt nattlys

som hindrer persepsjonsforstyrrelser, utlufting av rommet og passe på at han ikke drikker kaffe og te (Hummelvoll, 2012, s. 233-237).

2.6 Skjerming

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-3).

Skjerming er en behandlingsmetode hvor en fra personalet oppholder seg sammen med den aktuelle pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø. Under den akutte fasen i mani eller psykose er det nødvendig å begrense stimulusnivået fordi pasienten er sensibel, overaktiv og kaotisk. Ved denne metoden brukes grensesetting, struktur og stimulusbegrensning. Skjermingsgraden må vurderes fra pasient til pasient, om det skal være full eller delvis skjerming eller om pasienten kun skal ha tett oppfølging av en i personalgruppe. Skjermingen er et inngrep i den enkeltes personlige frihet, og mange pasienter opplever skjerming som en straff og tap av autonomi. Det er derfor svært viktig at den som utsettes for skjerming får en nøye forklaring på hva som skal skje og hvorfor. Pasienten må få anledning til å være med å bestemme hvordan skjermingen skal gjennomføres. Den i personalgruppen som er tilstede sammen med pasienten under skjermingen må klare å tolke pasientens behov og opptre rolig og ha tilstrekkelig situasjonsoversikt. I tillegg er det viktig å hjelpe pasienten med å sortere tanker og opplevelser. En annen viktig oppgave er å bidra til å opprettholde et terapeutisk miljø under skjermingen. Dette kan for eksempel være å holde lydnivået og belysningen nede og sørge for at fargene i rommet er nøytrale. Det bør være god plass mellom møblene og rommet bør være oversiktlig. Innredningen av rommet pasienten skjermes i bør være balansert mellom sikkerhet og trivsel. For at pasienten skal oppleve at tiden under skjerming er nyttig for han er det vesentlig at han møtes med respekt og forutsigbarhet. I tillegg bør han få være med og bestemme ulike aktiviteter som samsvarer med pasientens behov for skjerming. Det skal daglig vurderes om det er grunnlag for å fortsette med skjermingen. Dersom det kan oppnås god kontakt med pasienten gjennom

samtale og pasienten kan forholde seg til enkle avtaler, skal skjermingen trappes ned. Dette må skje under dialog mellom pasient, behandler og skjermingspersonalet (Hummelvoll, 2012, s. 235-236).

2.7 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet pasienten har og den tjenesten brukeren benytter seg av har plikt til å legge til rette for brukermedvirkning. Det er med på å øke treffsikkerheten på individuelle tilbud og gjør dermed at pasienten kan bruke egne ressurser og delta i å bestemme behandlingstilbudet (Helsedirektoratet, 2017).

2.8 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan enkelt defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere personer. Kommunikasjon betyr opprinnelig å gjøre noe sammen eller være i forbindelse med en annen. Profesjonell kommunikasjon og kommunikasjonen vi bruker i hverdagen er ikke det samme. I jobbsituasjoner kommuniserer vi ikke som privatperson, men som sykepleier. Vi kommuniserer med pasienter, personer som søker hjelp av ulike årsaker, eller vi kommuniserer profesjonelt med kollegaer. Profesjonell kommunikasjon er kommunikasjon som hører til et yrke, i vårt tilfelle i yrkesrollen som sykepleier. Vår rolle som sykepleier er å ha en hjelpende funksjon overfor andre og å bruke vår faglige kompetanse (Eide & Eide, 2016 s. 17-18). God kommunikasjon er en forutsetning for å kunne forstå pasienten som individ, gi god støtte og hjelp, og å ta gode beslutninger sammen med pasienten. Gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren fører til bedre helse for pasienten. Som sykepleiere har vi ofte liten tid på å kunne etablere kontakt, få et helhetlig bilde av pasienten og hans situasjon. For å få en god oversikt over situasjonen, og for å forhindre dårlige valg og dårlige løsninger kreves det at vi som hjelpere lytter aktivt og kommuniserer klart. Om kommunikasjonen er mangelfull eller dårlig kan det oppstå profesjonelle feil. Derfor er gode kommunikasjonsferdigheter med på å kvalitetssikre arbeidet sykepleieren utfører (Eide & Eide, 2016 s. 21). Sykepleieren er ansvarlig for å vise

at hun lytter og følger med på det pasienten sier. Dette gjør at den profesjonelle kommunikasjonen virker bekreftende og hjelpende ovenfor pasienten. Dette kan også gjøres ved bruk av nonverbal kommunikasjon, som å nikke, smile eller gi et blikk. Ved å følge med og svare verbalt viser man at man forstår pasienten og lever seg inn i samtalen. Å gi verbal tilbakemelding (verbalt følge) er en måte å lytte aktivt på hva pasienten har å si. Det kan stimulere han til å åpne seg mer og fortelle videre. Dette kan virke bekreftende, skape tillit, kontakt, styrke relasjonen, og lage et grunnlag for videre samarbeid mellom sykepleier og pasient. Det kan være til hjelp slik at pasienten kan få fram sin personlige fortelling, problemer, relasjoner eller situasjoner i sitt liv (Eide & Eide, 2016 s. 220-221).

Sykepleierens framtoning og oppførsel kan påvirke pasientens opplevelse av hvordan han blir møtt og ivaretatt. Det er viktig at sykepleieren viser interesse for pasientens situasjon og tar han på alvor. Vi kan vise interesse ved å følge med på hva pasienten sier og gi bekreftelse på at vi lytter til han. Det er også viktig å møte pasienten med åpenhet. Den måten sykepleieren møter pasienten på kan være med å forme pasientens videre inntrykk av helsevesenet. Hvis sykepleieren tar seg god tid sammen med pasienten i det første møtet kan dette gjøre samarbeidet videre lettere (Kristoffersen & Nortvedt, 2015 s. 97).

2.9 Kommunikasjon med pasienter i manisk fase

Når en person er manisk, er det psykiske tempoet forhøyet og det er derfor vanskelig å følge med på hva personen tenker. Pasienten kan oppfattes som lett å snakke med på grunn av at han virker utadventd. Dette kan imidlertid fort snu når man forstår at pasientens stemningsleie er tilgjort og at hans tanker og følelser er ustabile. For å klare å skape en allianse er det avgjørende at sykepleieren fanger opp hva pasienten prøver å formidle og meningen bak det han sier. Den som er manisk kan lett bli distraheret, og kommunikasjonen bør derfor være preget av korte og enkle setninger. Sykepleieren bør unngå å argumentere med pasienten og pasienten bør oppmuntres til å lytte til hva som blir sagt. Sykepleieren som kommuniserer med pasienten bør snakke rolig og lav og ikke med en høyrøstet og kommandere fremtoning, da dette kan oppleves som integritetskrenkende for pasienten. En pasient i en manisk fase kan ha lave tanker om seg selv og det er derfor viktig at ikke sykepleieren snakker nedlatende til pasienten (Hummelvoll, 2012, s. 235).

2.10 Kommunikasjon og etikk

For å kunne yte god omsorg og kunne kommunisere godt med pasienten er det viktig å være etisk bevisst. Ved å være etisk bevisst kan den moralske situasjonen tydeliggjøres for oss. Det gjør oss også i stand til å reflektere over hvordan vi som sykepleiere bør forholde oss i den situasjonen vi er i. En bør også tenke over moralske spørsmål man blir konfrontert med i praksis og være bevisst de etiske retningslinjene underveis, dette kan fremme god kommunikasjon (Eide & Eide, 2016 s. 51). Det er tre sentrale etiske utfordringer når det kommer til etisk kommunikasjon. Den aller første utfordringen er hvordan man bør forholde seg til den personen man kommuniserer med, det kan være kollegaer, pasienter eller pårørende. I Løgstrup og Lèvinas relasjonsetikk er hovedtanken at mennesker er sårbare vesener, og at alle har et moralsk ansvar for å være hensynsfulle overfor andre. Som sykepleier er dette ansvaret en moralsk plikt, fordi det forventes at vi setter våre egne behov til siden, for at vi best mulig kan hjelpe andre mennesker. Den andre utfordringen handler om rettferdighet. Hvordan sykepleieren fordeler sin tid, ressurser og andre goder. Som sykepleier vil man oppleve å måtte prioritere, mellom pasienter, behandlingsopplegg og retningslinjer. Rettferdighet henger sammen med å være rimelig, og hva som passer i den enkeltes situasjon finnes det ikke noe fasitsvar på da alle pasienter er forskjellige og i forskjellige situasjoner. Fordi det kan være forskjellige utfall er etisk refleksjon viktig. Den siste utfordringen er hvordan sykepleiere kan tenke etisk i praksis. Etisk refleksjon innebærer at man må tenke gjennom flere spørsmål som hvem det vil berøre, hvilke verdier hos pasienten står på spill og hva lovverket og retningslinjene sier. For å kunne ivareta pasienten på best mulig måte, ta gode og velbegrunnede beslutninger er etisk refleksjon viktig (Eide & Eide, 2016 s. 51-52).

3. Sykepleierteori

Vi har valgt å ta for oss sykepleieteorien til Joyce Travelbee som preger 1960-tallets sykepleietenkning. Travelbee var opptatt av at forholdet mellom sykepleier og pasient skulle ses på som et gjensidig og likeverdig forhold. Hun beskrev dette med uttrykket *menneske-til-menneske forhold* (Kristoffersen, 2015, s. 209). Siden dette er verdier som hører hjemme i psykiatrien og det er noe vi selv er enige i, ble valget av sykepleieteoretiker ganske enkelt. Travelbee skriver at et av kjennetegnene ved menneske-til-menneske forholdet er at begge parter, både sykepleier og den som er syk, skal se på hverandre som menneskelige individer og ikke bare som sykepleier og pasient. En slik relasjon gjør det mulig for sykepleieren å oppnå målet og hensikten med arbeidet, som er å hjelpe et individ med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Alt sykepleieren foretar seg, spesielt hvis hun går inn for å bli kjent med den syke, er et steg på veien mot å skape menneske til menneske forholdet. Travelbee skriver at menneske-til-menneske forholdet etableres når sykepleieren og den hun har omsorg for har vært igjennom fire ulike faser. Det er ingen fasit på hvor lang eller kort tid dette vil ta, og det vil være fremgang og tilbakegang underveis (Travelbee, 1999, s.171-172). Disse fasene kan være til hjelp for sykepleieren i det første møtet med pasienten.

1. det innledende møtet

Det første sykepleieren gjør i det første møtet med pasienten er å observere. Observasjonene og antakelsene ut i fra disse, danner grunnlaget for beslutninger som tas om hvordan vi oppfatter den andre. Tankene og følelsene som følger fra observasjonene som gjøres, vil bestemme vår opptreden og reaksjon overfor den andre, altså pasienten. Oppfatningen vi danner oss av den andre under det innledende møtet kalles «førsteintrykket». Den andres verbale og nonverbale kommunikasjon gir oss informasjon som er med på å skape førsteinntrykket vi får av han. Er førsteinntrykket godt er det grunn til å tro at personen minner oss om noen vi har gode assosiasjoner til fra før. En annen grunn til at førsteinntrykket kan bli godt er hvis den andre gir oss anerkjennelse som et unikt menneskelig individ. Bakgrunns erfaringene til begge parter er derfor med på å avgjøre om førsteinntrykket av hverandre blir godt. Hvis vi tilskriver den andre karaktertrekk som tilhører noen vi har hatt med å gjøre tidligere kan den første oppfatningen bli fordreid. Dette kan endre seg underveis eller det kan vise seg å stemme overens med også denne nye personen. Ved det innledende møtet ser pasient og sykepleier på hverandre som nettopp

dette, sykepleier og pasient, og i liten grad som unike individer. Siden ingen av dem kjenner hverandre fra før kategoriseres og stereotypiseres begge av hverandre i den rollen de innehar. Det er sykepleierens oppgave å «bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte *mennesket* i “pasienten”» (Travelbee, 1999, s. 187). Sykepleieren har ansvar for å betrakte *alle* hun har omsorg for som menneskelig individer. Dette ansvaret skal ikke påvirkes av hvor “tiltrekkende” eller “frastøtende” hun synes den enkelte er. Når sykepleieren klarer å se forbi “pasienten” og oppleve den syke som et unikt individ, og den syke responderer på dette, går forholdet over i en ny fase, hvor begge identitet trer fram.

2. framvekst av identiteter

Denne fasen handler om evnen til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ og også evnen til å skape tilknytning til han. I denne fasen begynner begge parter å betrakte hverandre som individer i stedet for stereotyper og tilknytning til hverandre skapes. Sykepleieren skal begynne å oppfatte hvordan dette individet føler og tenker, og pasienten forstår at sykepleieren ikke er lik som “alle andre sykepleiere”. I denne fasen utvikler forholdet seg og likheter og ulikheter mellom dem trer fram. Det unike ved hver av den er ikke like klart som i empatifasen, men grunnlaget legges. Her er sykepleierens oppgave å være bevisst på hvordan hun oppfatter den syke og å klare å se det unike ved han. For at empati skal skapes må sykepleieren klare å identifisere likheter og ulikheter mellom dem. Sykepleieren må legge til rette for at begge identitet kommer fram slik at et godt forhold kan etableres.

3. empati

Empati er en opplevelse av å forstå og å ha evnen til å kunne sette seg inn i hva den andre tenker og føler. Det kan beskrives som en prosess der den ene oppfatter den andres opplevelse på tross av hans ytre atferd. I empatiprosessen oppfatter og anerkjenner man hverandre som unike individer. I empatifasen dannes en slik kontakt mellom partene at de er i stand til å forutsi den andres atferd.

4. sympati og medfølelse

Som resultat av empatifasen skapes sympati og medfølelse, og det utvikles et behov for å lindre plager hos den syke. Hovedoppgaven for sykepleieren i denne fasen er å omgjøre sympatien og medfølelsen til konstruktive sykepleiehandlinger. For å kunne gjøre dette må sykepleieren i tillegg til medfølelse ha de kunnskaper og ferdigheter som trengs i sykepleieprosessen. Når sykepleieren og pasienten har gått igjennom disse fire fasene oppleves gjensidig forståelse og kontakt mellom dem. Erfaringene som skapes i de ulike

fasene danner gjensidig forståelse og kontakt og et menneske-til-menneske-forhold som er målet for all sykepleie (Travelbee, 1999, s.171-210).

4. Metode

4.1 Hva er metode

Metode er et redskap vi kan benytte når det er noe vi vil undersøke. Metoden vi anvender bruker vi til å samle inn dataene vi trenger og det er fremgangsmåten for å skaffe disse data som kalles metode. Metode kan defineres slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» sier Dalland (2017, s. 51).

Metoden vi bruker i vår oppgave er en litteraturstudie. Det vil si at vi ser på hva pensumlitteratur og forskning sier om temaet vi tar for oss og sammenlikner denne informasjonen (Johannessen, Tufte & Christoffersen 2016, s. 105).

4.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Litteraturen vi har valgt å bruke i vår oppgave er i hovedsak relevant pensumlitteratur fra hele sykepleiestudiet. Hummelvoll er mye brukt i vår oppgave, fordi han er den eneste forfatteren fra vårt pensum som skriver om sykepleie til pasienter i manisk fase. I tillegg til dette har vi valgt å bruke boken *Bipolare lidelser* som ikke står på vår pensumliste. Når vi har søkt etter fag- og forskningsartikler har vi valgt å lete etter artikler som er fra 2013 til 2018, altså ikke eldre en 5 år. Vi har gjennom søkeprosessen funnet ut at dette var vanskelig, fordi det finnes lite forskning som svarer direkte på vår problemstilling. Vi ble derfor nødt til å lese og bruke artikler som er eldre. For å dobbeltkontrollere vår mistanke om lite forskning på temaet, bestilte vi veiledning på biblioteket. Vi fikk da bekreftelse på at det er få relevante artikler. I vår oppgave har vi brukt IMRaD- strukturen for å kvalitetssikre våre forskningsartikler. IMRaD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. IMRaD er en oversiktlig måte å presentere forskningsartikkelen på, slik at det blir lettere for leseren og orientere seg (Dalland, 2017, s.163). Vi valgte å benytte oss av PICO- skjema, for å få en god struktur i våre søk. Dette ligger som 1. vedlegg. For å finne MeSH (medical subject headings) ord brukte vi [MeSH ord på norsk]. Der skrev vi inn norske ord som var relevante i forhold til vår problemstilling, og fikk engelske MeSH ord vi

kunne bruke til artikkelsøk til oppgaven. Disse var: Bipolar disorder, Nurse-Patient Relations, Patient admission, Vi har sjekket våre MeSH ord opp mot hvilke MeSH ord den enkelte databasen selv bruker. Andre relevante søkeord vi har brukt er Nursing, Mania, psykiatri, manisk fase, allianse/alliance, Kommunikasjon/Communication, Relations, Communication strategy/skills. Vi har brukt ulike kombinasjoner av disse ordene og i tillegg søkt med and/or. Når vi søkte i databasene etter artikler fikk vi mange treff på noen av søkene. For å finne relevante artikler leste vi først tittelen og luket ut de som ikke så relevante ut for oss. Etter dette leste vi sammendraget (abstract) til artiklene, for å vurdere relevansen. Vi søkte etter artikler i følgende databaser SveMed+, Cinahl, PubMed, Google Scholar, Cochrane, PsycINFO, Sykepleien.no, PubPsych, Medline og Idunn. Det er kun noen av disse databasene vi har valgt å bruke artikler fra.

4.3 Kildekritikk

I vedlegg 2, som er en oversikt over artiklene vi har med i oppgaven, har vi med relevans og mulige svakheter vi har funnet i de artiklene vi har valgt å bruke. I tillegg har vi valgt noen artikler som er eldre enn fem år. I utgangspunktet hadde vi ikke tenkt å ta med artikler eldre enn fem år, men da det var lite forskning på området og vi så på disse artiklene som relevante, valgte vi å ta de med likevel. Tre av artiklene er engelskspråklige og dette kan medføre at vi ikke har tolket dataen på riktig måte eller har misforstått helheten i innholdet. Litteraturen vi har brukt er som nevnt for det meste pensum, og vi vurderer derfor denne som relevant. Vi valgte å ta med en bok som ikke er pensum (*Bipolare lidelser*) for å kunne sammenlikne denne med vårt pensum. Det at boken til Hummelvoll, *Helt- ikke stykkevis og delt* er mye brukt kan gi et ensidig bilde av sykepleie til pasienter i manisk fase. Vi har likevel valgt å benytte oss av denne fordi han skriver mye om alliansebygging til denne pasientgruppen og dette kunne vi ikke finne i andre relevante bøker.

4.4 Etiske overveielser

Casen vi presenterer i oppgaven er laget med utgangspunkt i erfaringer fra praksis, personlige erfaringer, pasienthistorier og faglitteratur. Informasjonen som fremkommer i casen bryter ikke med § 21. Hovedregel om taushetsplikt i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, § 21).

Vi har sørget for å presentere casen på en måte som gjør at den ikke er gjenkjennbar.

5. Resultater og funn

Artikkel 1.

A Qualitative Study of Nursing Care for Hospitalized Patients with Acute Mania

I denne kvalitative studien hadde forfatterne funnet ut at for pasienter med bipolar lidelse, som får akutt mani, kreves det ofte sykehusinnleggelse. De ville derfor undersøke pasientproblemer, ønskede resultater for pasientene og hvilke intervensjoner sykepleierne foretok seg i manisk fase under innleggelsen. Dette gjorde de ved å intervju sykepleiere som jobber ved ulike psykiske helseorganisasjoner i Nederland.

Resultater fra intervjuene viser pasientproblemer, ønsket utfall og sykepleieintervensjoner ved bipolar lidelse. I studien fokuseres det på topp fem i hver kategori. Pasientproblemer: forstyrret døgnrytme, agitasjon, dårlig sykdomsinnsikt, verbal aggresjon og for mye fysisk aktivitet. Ønsket utfall: stabil funksjon tross sykdommen, økt sykdomsinnsikt, stabil døgnrytme, forebygging av skade og selvstyrende fungering tross sykdommen.

Sykepleierintervensjoner: grensesetting, motivere til å bruke foreskrevde medisiner, administrasjon av medisiner, strukturering av døgnrytme og støttende kommunikasjon.

Forfatterne foreslår at fremtidige studier inkluderer pasientens perspektiv for å forbedre sykepleien til pasienter i manisk fase. Forskerne mener funnene i studien kan være nyttig i pleieplaner til pasienter med i manisk fase. Studien konkluderer med at pasienter i manisk fase krever intensiv omsorg fra sykepleierne. Pleien og omsorgen som gis bør tilpasses hver enkelt pasient og alvorlighetsgraden av de maniske symptomene hans. For at dette skal være oppnåelig er det viktig at sykepleieren skaper en god relasjon til pasienten og også at denne relasjonen opprettholdes (Daggenvoorde, Geerling & Goossens, 2015).

Artikkel 2.

Jeg kjenner det bruser i meg- pasientkunnskap om mani som fenomen og lidelse

I denne studien bruker forfatteren et kvalitativt forskningsintervju for å kunne utforske intervjupersonenes erfaringer om mani som fenomen og lidelse.

I intervjuet beskriver og reflekterer tidligere pasienter over sine erfaringer relatert til tre sentrale begreper. 1. personens spontane og ureflekterte erfaringer, 2. selvforståelse, 3. oppfatninger. Denne studien baseres på 11 tidligere innlagte pasienters personlige erfaringer om mani som lidelse og som fenomen. Det ble gjort strategiske utvalg for å finne personer

som var egnet til studien. Seks menn og fire kvinner var med i intervjuet, den yngste pasienten var 26 år og den eldste 62 år. Funnene i studien viser at for å benytte pasientkunnskap som en kunnskapskilde kreves det mer forskning. Det å lære av pasientens kunnskaper vil ha stor betydning for brukermedvirkning (Karlsson, 2006).

Artikkel 3.

Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder—A systematic review of the evidence for mental health nursing practice.

Studien, som er en systematisk oversikt, tar for seg 35 andre studier med følgende kategorier: family intervention, psycho-education, cognitive therapy, interpersonal social rhythm therapy, chronic/systematic care og intensive therapies. Målet for studien var å systematisere funnene av effekten ved psykososiale tiltak ved bipolar lidelse og undersøke hvordan psykiatriske sykepleiere bruker dette. Studien konkluderer med at kun å behandle bipolar lidelse med psykofarmaka ikke er tilstrekkelig. Den mangelfulle forskningen på sykepleie til pasienter med bipolar lidelse underbygger trolig den oppfatning at medisinerer er en god behandlingsform ved bipolar lidelse (Crowe et. al., 2010).

Artikkel 4.

Mani som livsbrus og et psykiatrisk problem -omsorgens dilemmaer i en akuttpsykiatrisk kontekst

Studien tar utgangspunkt i to kvalitative delstudier og tar for seg pasienterfaringer om mani som fenomen og lidelse. Hensikten er å se på hvilken kunnskap og opplevelse pasienter selv har med denne lidelsen. Det drøftes hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre og utvide kunnskapen ved psykiatrisk sykepleie, og spesielt i akuttpsykiatriske situasjoner. Metoden som er brukt i studien er en hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming og baseres på materialet hentet fra to delstudier fra akuttpsykiatrisk sengepost. En personalstudie og en pasientstudie. Karlsson har gjennom funn fra disse to studiene tolket erfaringer fra personalet og fra pasientene ved mani ved en akuttpost. Han bruker ordet livsbrus som en metafor som forklarer tolkningen han har gjort (Karlsson, 2005).

Artikkel 5.

Miljøtiltak ga bedre atmosfære på DPS.

Dette er en fagartikkel som handler om at postatmosfæren (miljøet i avdelingen) er en viktig faktor for behandlingsresultater ved psykiatriske sykehus. Videre skriver forfatterne om

hvordan det terapeutiske miljøet skapes gjennom relasjoner og at relasjonen mellom behandlingspersonell og pasient er den viktigste faktoren for pasientene selv i behandlingen. Holdningene, handlingene, ytringene, tankene og følelsene til miljøpersonalet i samspill med pasientene påvirker postatmosfæren. Hensikten med undersøkelsen var å finne ut om en organisatorisk intervensjon som tok sikte på å forbedre pasient og miljøterapeut relasjonen kunne bedre postmiljøet. Det ble gjort to målinger med WAS (ward atmosphere scale) med ett års mellomrom. Fagartikkelen konkluderer med at endring er mulig ved å arbeide med relasjonen mellom pasient og personalet (Bendiksen, Friis & Røssberg, 2013).

Artikkel 6.

Tap av språk ved psykose.

Denne fagartikkelen handler om det at psykiske lidelser kan påvirke kommunikasjonen med andre mennesker. Seks voksne kvinner og menn med tidligere psykiske lidelser, som hadde erfart psykose ble intervjuet. Kaotisk språkbruk og brist i virkelighetsoppfatningen kjennetegner psykiske tilstander som grenser mot psykose. Fagartikkelen handler om at språket ofte påvirkes av psykiske lidelser i form av forstyrning i eller tap av språkevne. Ut i fra hva pasientene som blir presentert i denne artikkelen sier, viser det seg at kommunikasjonsferdighetene til sykepleierne ikke er gode nok. Hovedbudskapet er at psykologiske tilstander ofte kan redusere språkfunksjon og pasientene kan oppleve lidelse i form av å ikke kunne uttrykke seg (Måseidvåg & Sørbo, 2014).

Artikkel 7.

Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission

Artikkelen baseres på en evalueringsstudie fra et psykiatrisk sykehus i Amsterdam. Et prosjekt med navn "de fem første minuttene ved innleggelse" ble innført for å bedre kvaliteten på omsorgen som ble gitt. Flere helsepersonell ved avdelingen ble intervjuet om omsorgskvalitet og tiltak for å forhindre isolasjon/skjerming. Styrker og svakheter med prosjektet ble tatt opp i disse intervjuene og ut i fra denne informasjonen ble det laget to hypotetiske caser. Pasientene ble anonymisert. "De fem første minuttene ved innleggelse" er basert på antagelsen om at det første møtet med pasienten er med på å forme relasjonen og er avgjørende for videre omsorgskvalitet. Dette gjelder både verbal og nonverbal interaksjon. Prosjektet resulterte i at sykepleierne opplevde mer frihet og ansvar til å gi god omsorg. De

var i tillegg mer tilfreds med arbeidet de gjorde (Voskes, Kemper, Landeweer & Widdershoven, 2014).

6. Drøfting

6.1 Presentasjon av case

Kenneth er 37 år. Han har en kjent bipolar lidelse type I, som han ble diagnostisert med da han var 15 år gammel. Kenneth har hatt lite kontakt med faren sin, da moren og faren ble skilt rett etter at Kenneth ble født. Som 14 åring mistet Kenneth sin mor i bilulykke. Etter dette utviklet han mani, og ble innlagt på DPS. Han har vært innlagt flere ganger siden. Kenneth bor alene i en enebolig. Han har ingen nære venner, men en eldre bror som han har god kontakt med og som er hans nærmeste pårørende. Etter videregående ble Kenneth utdannet rørlegger. Han har vært periodevis uten jobb, men har nå fått seg fast jobb som han trives i. De siste dagene har Kenneth holdt på med flere prosjekter i huset, og hans bror har ikke klart å komme i kontakt med han. Broren til Kenneth ble derfor bekymret, og valgte å oppsøke han hjemme. Broen forstår raskt at Kenneth er manisk. Når Kenneth er manisk føler han at livet er en lek og alt er på topp. Han kan lett bli irritert, og liker ikke å måtte forholde seg til nye mennesker når han er i denne fasen. Han har mange prosjekter på gang, og han kan være vanskelig å forholde seg til for andre. Han sover lite, klarer ikke å ivareta grunnleggende behov som ernæring og personlig hygiene. Kenneth kler seg påfallende, han har ofte på seg dress og slips selv om det er en vanlig hverdag. Kenneth motsetter seg behandling da han ikke selv ser behovet for hjelp, han mener han har det kjempebra. Etter mye overtalelse går han med på å blir med en liten tur på DPSen. Der blir Kenneth tatt i mot av sykepleier Nina. Kenneth føler seg usikker på å skulle snakke med ”den unge sykepleieren”.

6.2 Drøfting

I dette kapittelet tar vi utgangspunkt i Travelbees fire faser som sykepleier og pasient må gjennom for å etablere et menneske-til-menneske forhold, slik vi har beskrevet i teorikapittelet. I drøftingen av de forskjellige fasene vil vi trekke inn ulike aspekter som vi ser som relevante for å etablere et slikt forhold. I tillegg vil vi bruke pensumlitteratur, fag- og forskningsartikler og vår egen praksiserfaring. Som beskrevet tidligere har det vært

utfordrende å finne forskning som handlet om hvordan man kan møte denne pasientgruppen. I casen beskrevet over møter vi pasient Kenneth og sykepleier Nina. Møtet mellom dem skjer på et DPS og det er derfor begrenset hvor lang tid de har på seg til å bli kjent. Ut i fra informasjonen som er beskrevet over vil vi drøfte vår problemstilling: *Hvordan kan sykepleieren skape allianse med en pasient i manisk fase?*

Førsteintrykket -det innledende møtet.

«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 i fra de slutningene som trekkes, vil visse følelser oppstå» (Travelbee, 1999, s. 186).

Førsteintrykket er den oppfatningen vi får av den andre under det første møtet, i tillegg til den andres verbale og nonverbale kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 187). I følge Travelbee (1999) er det første møtet som danner grunnlaget i det videre forholdet mellom sykepleier og pasient. Derfor er det en fordel at det første møtet blir en god opplevelse slik at de neste fasene i menneske-til-menneske forholdet kan utvikles på best mulig måte.

I casen presentert over møter vi Kenneth som har gått med på å legges inn frivillig. Han møter sykepleieren Nina. For at Nina skal kunne bidra til å skape et godt førsteinntrykk mellom henne og Kenneth er gode kommunikasjonsferdigheter essensielt. Gode kommunikasjonsferdigheter er nødvendig for å kunne forstå pasienten som et individ. Siden vi ofte har liten tid på å kunne etablere kontakt og skaffe oss et helhetlig bilde av pasienten er vi nødt til å lytte aktivt og kommunisere klart (Eide & Eide, 2016, s. 21). Hvis sykepleieren mangler erfaring i å møte pasienter med mani kan et slikt møte oppleves som skremmende og voldsomt. Hummelvoll sier at kontakt og kommunikasjon med den maniske pasient kan virke enkelt fordi han er utadvendt. Dette kan imidlertid fort snu når man forstår at pasientens stemningsleie er unaturlig høyt og at pasientens tanker og følelser er ustabile (Hummelvoll, 2012, s. 235). Vår erfaring fra praksis, og fra å snakke med denne pasientgruppen, er at det kan virke som samtalen går lett. Etterhvert skjønner man at pasienten ikke har kontroll på historiene og ikke selv klarer å finne en sammenheng i det han forteller. Derfor opplevde vi det som vanskelig å skape en naturlig samtale som kunne brukes i alliansebyggingen. Hvis sykepleieren imidlertid innehar noe kunnskap om å kommunisere med mennesker som opplever å være manisk, vil kanskje begge kunne tilpasse

seg hverandre bedre. Kommunikasjonen bør være preget av korte og enkle setninger og samtalen bør handle om situasjonen her og nå. Sykepleieren må unngå å være kommanderende da pasienten kan oppleve dette som integritetskrenkende og provoserende. I tillegg bør sykepleieren bruke lav og rolig stemme (Hummelvoll, 2012, s. 235). Nina bør forsøke å være bevisst dette i møte med Kenneth. På en annen side kan dette være utfordrende da hun kan bli påvirket av hans stemningsleie og kaotiske kommunikasjon. I psykiatripraksis opplevde vi at på tross av at vi hadde forberedt oss til å møte visse situasjoner og personer, var det sjelden det tenkte utfallet som ble resultatet. Vi ble bevisst på at hver enkelt situasjon er unik og at våre holdninger og vår oppførsel må tilpasses og vurderes hele tiden.

Kenneth er opprørt og uttrykker tydelig at han ikke har lyst å snakke med “den unge sykepleieren”. Dette gjør det ekstra utfordrende for Nina når hun skal vise at Kenneth kan stole på henne og at hun er der for å hjelpe han. Hvis ikke Nina klarer å snu Kenneths førsteinntrykk av henne relativt raskt kan samarbeidet mellom dem bli preget av dette. Naturlig nok får Nina en dårlig følelse når pasienten reagerer på denne måten. Denne følelsen kan fort utvikle seg til at hun begynner å mislike eller får en negativ holdning til Kenneth. I følge Travelbee skal ikke omsorgen sykepleieren gir den enkelte påvirkes av hvor “tiltrekkende” eller “frastøtende” hun synes pasienten er (Travelbee, 1999, s. 171-210). Derfor må Nina klare å legge disse følelsene vekk for å kunne gi profesjonell sykepleie og omsorg til pasienten. Men er det slik at bare fordi man er profesjonell kan man legge lokk på menneskelige reaksjoner og følelser, og upåvirket fortsette å gjøre en god jobb? Kanskje kan det tenkes at Nina tar med seg disse erfaringene ved neste møte. Fra praksis husker vi at pasientene kom fra mottaket og rett til den første samtalen på avdelingen de skulle til. I denne samtalen var behandler, enten en psykiater eller en psykolog, og sykepleier sammen med pasienten. Det er en god støtte for sykepleieren at en med mer faglig tyngde kan være med og styrer samtalen og det første møtet. I senere samtaler vil det være mer naturlig at sykepleieren er mer deltakende da det er hun som stort sett forholder seg til pasienten i miljøet og etter hvert kjenner pasienten best.

I artikkel 7 som er en nederlandsk studie hevdes det at den første kontakten med pasienten er et avgjørende øyeblikk i sykepleieprosessen. Dette innebærer både verbal og nonverbal kontakt. For eksempel det å se rett på pasienten og hilse på han kan gjøre at han opplever at sykepleieren viser han respekt (Voskes, Kemper, Landeweer & Widdershoven, 2014). Ut

ifra dette mener vi at Nina bør være bevisst eventuelle fordommer og tanker hun har fra tidligere når hun møter Kenneth for første gang. Nina må starte med blanke ark for å klare å være imøtekommende og ikke ha et kroppsspråk som viser at hun er preget av tidligere negative erfaringer og situasjoner. Studien sier videre at de første minuttene ved innleggelse er med på å forme relasjonen mellom pasient og sykepleier og er avgjørende for videre omsorgskvalitet. Dette synes vi er viktig å ta med oss når vi snart skal praktisere som nyutdannede sykepleiere. Vi bør i forkant av hvert møte med en ny pasient, uavhengig av hva slags lidelse han har eller hvilken sinnstilstand han er i, stoppe opp og tenke over hvordan vi ønsker å ta personen imot. Sykepleierne i studien hadde en sjekkliste med fem punkter som de benyttet seg av i innkomstsamtalen. Dette var å forberede innleggelsen, ønske pasienten velkommen, sørge for grunnleggende behov/at pasienten har det komfortabelt, introdusere pasienten for avdelingen og å spørre pasienten om personlige affærer blir ivaretatt (Voskes, Kemper, Landeweer & Widdershoven, 2014). Dette kan være gode punkter og håndfaste tiltak for sykepleieren å støtte seg til. I forkant av psykiatripraksis opplevde vi at mange av studentene vi snakket med gruet seg. De visste ikke hva de gikk til og de hadde liten erfaring med denne pasientgruppen. Underveis i praksis erfarte vi at vi savnet noe konkret å lene oss på i samtaler og i møte med pasientene. Det hadde gjort det lettere og vi hadde blitt sikrere i rollen som studenter. På den andre siden hadde det kanskje blitt vanskeligere å møte pasienten på hans premisser og samtalen hadde kanskje blitt mer unaturlig og satt. Studien konkluderer med at i tillegg til disse punktene må man klare å se den enkelte pasients behov og handle ut ifra dette (Voskes, Kemper, Landeweer & Widdershoven, 2014). Uansett om man har en sjekkliste å forholde seg til eller ikke er det det som skjer i den gitte situasjonen som avgjør hvordan vi bør handle.

Kenneth er manisk, og hans tanker og følelser er derfor ustabile. Pasienter med mani kan virke utadvendte og gi uttrykk for at alt er bra. Derfor bør Nina snakke konkret til Kenneth, og spørre rett ut hva han ønsker og har behov for (Hummelvoll, 2012, s. 235). Sykepleieren må i det første møtet, i følge Travelbee, fokusere på pasienten som et unikt individ og bli kjent med han som person. Hvis hun klarer dette, og pasienten får tillit til henne kan et godt terapeutisk klima utvikle seg videre (Travelbee, 1999, s. 187). Nina må selv tørre å være åpen for å invitere Kenneth til å åpne seg. I følge helsedirektoratet er god kommunikasjon det viktigste i møtet mellom sykepleier og pasient, og den avhenger av at begge parter er åpne og hører på hverandre (Helsedirektoratet, 2017). Alliansen mellom sykepleier og pasient dannes på grunnlag av gjensidig tillit og åpenhet. Denne alliansen er essensiell for å

skape en bedringsprosess. For Nina vil det være en faglig utfordring i det å skulle møte Kenneth på riktig måte. Hun må være bevisst på at hun skal hjelpe og lindre pasientens lidelse, samtidig som hun ivaretar og respekterer hans integritet (Hummelvoll, 2012, s. 38).

Travelbee sier som nevnt over at når sykepleieren møter en person for første gang, vil hun observere og gjøre seg opp meninger om personen. Vi mener det kanskje blir unaturlig at det første en sykepleier skal gjøre i møte med en pasient er å drive med systematisk observasjon. Innhenting av informasjon ved observasjon er noe vi opplever kommer naturlig underveis i samtalen etterhvert som sykepleieren og pasienten samhandler med hverandre. Det å observere er helt klart viktig for å danne seg et bilde av personen og det er, etter vår mening, en del av det å lære en person å kjenne. Vi ser på det som en prosess som tar tid og som man kontinuerlig gjør underveis i et bekjentskap, ikke bare i det første møte. Travelbee sier også at det første møtet bør bli godt for at det videre samarbeidet skal fungere optimalt, men på den andre siden kan det inntrykket man får av hverandre endres og vi tror ikke det nødvendigvis er satt ved det første møtet. Vi tror sykepleieren legger et godt grunnlag for videre arbeid hvis hun er bevisst, imøtekommende, lytter, tenker over nonverbal og verbal kommunikasjon, er åpen og viser pasienten respekt.

Framvekst av identiteter

Det neste steget i prosessen for å skape et menneske-til-menneske forhold er å vise at en verdsetter den andre som et unikt menneskelig individ og har evnen til å skape tilknytning til han. Det er sykepleierens oppgave å legge til rette for at begges identitet kommer fram, slik at et godt forhold kan etableres. Hensikten bak dette er å skape empati mellom pasient og sykepleier, og det er derfor viktig at ulikheter og likheter identifiseres (Travelbee, 1999, s. 171-210).

Travelbee (1999) sier at rollene som sykepleier og pasient må brytes ned for at forholdet skal utvikle seg, mens Hummelvoll påpeker at det likevel bør bevisstgjøres at det er sykepleieren som hjelper pasienten og at pasienten søker hjelp (Hummelvoll, 2012, s. 38). Vi mener at Kenneth må få rom til å være i rollen som pasient og tillate seg å være i en sårbar situasjon. Derfor er det viktig at Nina anerkjenner Kenneths lidelse og viser at hun aksepterer hans svakheter. Hun må tørre å snakke med Kenneth om de vanskelige tingene, og kanskje prøve ut forskjellige tilnæringsmåter for å oppdage helheten i Kenneths utfordringer.

Vi kan tenke at Kenneths symptomer og stemningsleie forteller oss at han har moderat mani, på vei mot alvorlig mani. Derfor er det viktig å forhindre at den maniske fasen utvikler seg videre. I en norsk studie (artikkel 2) uttrykte noen av pasientene at det er når de er i den maniske fasen at de føler at de lever og at de har kontakt med sitt eget livsbegjær og har livsglede. Mens andre pasienter føler det helt motsatt. De fortalte om en opplevelse av manien som et angstfylt helvete med uro, dramatiske hendelser og situasjoner. De føler at de ikke kjenner seg selv og at de ikke har kontroll. En pasient forteller at i møte med helsepersonell hindrer den maniske lidelsen, og måten den arter seg på, han i å bli akseptert. Det er viktig at sykepleieren setter seg inn i den maniske pasientens verden og forstår hans situasjon (Karlsson, 2006). Kenneth har mange prosjekter på gang, hans tankeaktivitet er intens, konsentrasjonsevnen er redusert og stemningsleiet er hevet. Fordi pasienter med disse symptomene ofte ikke selv føler at de har behov for hjelp kan det være vanskelig å ta imot hjelpen som tilbys (Hummelvoll, 2012, s. 225-227). Kenneth snakker usammenhengende og forteller historier som vi kan anta Nina ikke klarer å følge med på. Hans mentale aktivitet er rask og det kan derfor være vanskelig å føre en samtale med han (Hummelvoll, 2012, s. 225-227). I psykiatripraksis opplevde vi å snakke med en pasient på vei oppover fra hypomani. Det var svært utfordrende fordi man ville være høflig å delta i samtalen, men fordi pasienten blandet historier og snakket om temaer som ikke ga mening var det vanskelig å komme med fornuftige svar. Hvordan skal man opptre respektfullt i en slik situasjon? Hvis sykepleieren sier til pasienten på en sympatisk måte at hun ikke forstår hva han snakker om, kan det hende at han føler seg ytterligere stigmatisert. På den andre siden kan det tenkes at pasienten opplever sykepleieren som ærlig og får mer tillit til henne. Det er viktig at Nina er bevisst på forsvarsmekanismene pasienten kan benytte seg av. For Kenneth kan det virke trygt og benekte hvordan han egentlig har det og bruke reaksjonsdannelse som forsvar i stedet for å åpne seg å fortelle Nina hva han opplever som vanskelig (Hummelvoll, 2012, s. 179). Vi tror det er lurt å ta sjansen på å være direkte. Vi er profesjonelle og vi er den parten som bør tåle avvisning og tørre å prøve på nytt med pasienten på et senere tidspunkt.

Helsedirektoratet skriver at brukermedvirkning er med på å øke treffsikkerheten på individuelle tilbud. Hvis pasienten kan bruke egne ressurser til å påvirke og forme behandlingen som gis, kan dette styrke pasientens motivasjon. Dette vil kunne ha en terapeutisk effekt på pasienten og bidra i bedringsprosessen. På den andre siden kan brukermedvirkning ha motsatt effekt om ikke pasienten har slike ressurser til å ta egne valg

(Helsedirektoratet, 2017). Ut i fra de symptomene Kenneth opplever kan det være vanskelig for han å være medbestemmende i forhold til hvilken behandling som passer for han. Sykepleieren er pålagt å informere Kenneth om hvilke rettigheter han har og legge til rette for brukermedvirkning, jf. § 3-1 og § 3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §31 og 3-2). Nina bør forsikre seg om at Kenneth oppfatter det som blir sagt og sette av nok tid til å kunne ta opp det som er nødvendig for at pasienten skal få best mulig hjelp. Det er Nina som har fagkunnskapen, mens Kenneth kjenner sine egne problemer best. Hvis Nina klarer å benytte seg av den informasjonen pasienten gir henne vil begge ha nytte av det. Kvaliteten på helsehjelpen øker (Helsedirektoratet, 2017). I artikkel 2 skriver Karlsson at å lære av pasientens kunnskaper vil ha stor betydning for å ivareta brukermedvirkning. Det vil også kunne styrke sykepleierens fagkompetanse (Karlsson, 2006).

Når Kenneth er manisk opplever han å være uslåelig og at han ikke har noen utfordringer i livet. Han forstår ikke helt sitt eget behov for helsehjelp. I en annen studie av Karlsson (artikkel 4) hevdes det at pasienter med mani ofte viser glede ved å være i livet og Karlsson bruker metaforen livsbrus for å beskrive dette. Han skriver at det noen ganger kan bruse over og bli for mye. Det er ofte sykepleierens oppgave å dempe livsbruset, og det er hennes oppgave å tolke stemningsleiet til pasienten i akuttposten. Det er sykepleieren som må klare å tolke hva dette livsbruset innebærer for akkurat denne pasienten og hun må klare å formidle dette til pasienten og hjelpe han og se sine styrker og svakheter. Hun må i tillegg lære pasienten til å se når han bør begrense seg og gi han verktøy til å kunne tolke når det går på bekostning av andres ve og vel (Karlsson, 2005). Nina må anerkjenne Kenneths opplevelse av livsbruset og snakke med han om det på en respektfull måte. Hummelvoll skriver om forskjellige aspekter av lidelsen i manien. Han skriver at lidelsen blant annet kan gå ut på at pasienten føler seg frisk og i fin form, mens andre vurderer han som syk (Hummelvoll, 2012, s. 229). Et sitat som har festet seg hos oss er: «Å leve på «høygir» 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.» (Hummelvoll, 2012, s. 229). Vi synes dette beskriver så utrolig godt den frustrasjonen som kan oppstå ved en manisk fase. Ikke alle pasienter opplever manien som et "livsbrus", men opplever at de er redde og at de ikke har kontroll.

En studie (artikkel 1) konkluderer med at pasienter i manisk fase krever intensiv omsorg. Pleien og omsorgen som gis bør tilpasses hver enkelt pasient og alvorlighetsgraden av de maniske symptomene. For at dette skal være oppnåelig er det viktig at sykepleieren skaper en god relasjon til pasienten og at denne relasjonen opprettholdes (Daggenvoorde, Geerling & Goossens, 2015). Vi tror det er hensiktsmessig for Kenneth om Nina fortsetter å være hans primærkontakt i tiden han er innlagt. Hvis Nina og Kenneth får en god relasjon vil det oppleves som trygt og stabilt for pasienten å ha en eller få å forholde seg til (Hummelvoll, 2012, s. 233-237).

I en fagartikkel (artikkel 6) forklares det at flere av pasientene, ved frivillig innleggelse, opplever inntakssamtalen som vanskelig. Dette har sammenheng med at rommet samtalen gjennomføres i, ikke er tilpasset den maniske pasientgruppen og at det ikke er lagt til rette for at de skal føle seg trygge. Pasientene sier også at rommet signaliserer at det er personalet som har makten, og at pasienten ikke har så mye kontroll på situasjonen. Det første møtet mellom sykepleier og pasient er viktig for det videre forløpet i behandlingen. Om det første møtet ikke blir bra, kan dette få konsekvenser for videre samarbeid. Ut i fra hva pasientene som blir presentert i denne artikkelen sier, viser det seg at kommunikasjonsferdighetene til sykepleierne ikke er gode nok. Pasientene føler seg redde, ydmyket og avvist (Måseidvåg & Sørbø, 2014). For behandlere og sykepleiere som jobber med pasienter med bipolar lidelse er det viktig å ha kunnskap om lidelsen, men også om forskjellige omstendigheter rundt den. Miljøet i avdelingen og i samtalerommene kan ha stor betydning for pasientens trivsel. Lyder, farger og plassering av møbler i rommet kan virke intense eller skremmende for en den som er manisk, mens vi som ikke er maniske ikke legger merke til dette. Under den akutte fasen i mani er det nødvendig å begrense stimulusnivået fordi pasienten er sensibel, overaktiv og kaotisk (Hummelvoll, 2012, s. 235-236).

Empati, sympati og medfølelse. Resultatet.

I empatifasen blir sykepleieren og pasienten bevisstgjort den andres tanker og følelser. Empati kan beskrives som en prosess, der den ene oppfatter den andres opplevelse på tross av hans ytre atferd. Denne prosessen fører til at man anerkjenner hverandre som unike individer. Som resultat av empatifasen skapes sympati og medfølelse. Sykepleieren utvikler et behov for å lindre plager hos den syke. Hovedoppgaven for sykepleieren er å omgjøre sympatien og medfølelsen til konstruktive sykepleiehandlinger. For å kunne gjøre dette må

sykepleieren i tillegg til medfølelse ha de kunnskaper og ferdigheter som trengs i sykepleieprosessen (Travelbee, 1999, s. 186-218).

I artikkel 3 som skriver om ulike former for behandling av pasienter med bipolar lidelse hevdes det at det er for lite forskning på alternativer til psykofarmaka for denne pasientgruppen. Det skrives at manglende forskning på sykepleie til pasienter med bipolar lidelse fører til at medikamentell behandling blir sett på som den beste behandlingsformen. Dette mener vi kan være fordi det forskes for lite på alternative behandlingsformer. Videre sier studien at det heller bør fokuseres på strukturerte tiltak for å legge til rette for individuell oppfølging. På den måten kan pasienten lære seg å håndtere lidelsen sin og bli bevisst på hvordan den påvirker akkurat han (Crowe et. al., 2010). Vi er enige i at det er viktig med individuelle behandlingstilbud som er tilpasset hver enkelt pasient. Samtidig er det noen behandlingsformer som passer for pasienter som opplever at det er vanskelig å begrense stimulusnivået alene. Ifølge psykisk helsevernloven skal pasienter som har behov for det blant annet på grunnlag av sin psykiske tilstand, skjermes (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-3). Dette er viktig for pasientens bedring under den mest akutte fasen av mani, da det er viktig at stimulusnivået blir begrenset. Skjermingsgraden må vurderes ut ifra hvor stort behovet er for pasienten (Hummelvoll, 2012, s. 235-236). Kenneth har ikke en fullt utviklet mani, men har behov for et begrenset miljø. Han har vært med på dette før og forstår hvorfor dette er så viktig og han har erfart hvilken positiv effekt dette har på hans symptomer. For pasienter som aldri har opplevd skjerming før kan det oppleves som at de blir straffet og oppleves som tap av autonomi. Derfor bør sykepleieren forklare hva som skal skje og hvorfor. Pasienten må være med på å bestemme hvordan skjermingen skal gjennomføres. I tillegg til å legge til rette for et begrenset miljø bør pasienten få hjelp til å sortere tanker, følelser og opplevelser. Det skal vurderes daglig om behovet for skjerming er tilstede slik at ikke pasienten skjermes når han egentlig ikke har nytte av det (Hummelvoll, 2012, s. 235-236).

Nina bør som en god sykepleiefaglig intervensjon vise Kenneth rundt i avdelingen og forklare han om rutiner og regler, slik at Kenneth finner seg til rette. Nina ser at Kenneth er ustelt og bør sette seg ned for å snakke med han. Pasienter som er i en manisk fase har ofte liten tid til å ivareta sine grunnleggende behov sier Hummelvoll. Det er en sykepleieroppgave å hjelpe pasienten med dette. Hun kan minne han på å dusje, spise, hvile, drikke og gå på do. Det kan styrke pasientens selvaktelse når han mestrer dette. Manien kan

også gjøre at pasienten har et undertrykt behov for søvn, noe som kan føre til at pasienten blir fysisk utmattet. Derfor bør sykepleieren oppmuntre pasienten til å sette seg ned for å ta pauser, og sykepleieren kan godt gjøre dette ved å sette seg ned sammen med pasienten. Når pasienten skal sove, kan sykepleieren legge til rette slik at pasienten får slappe av best mulig. Hun kan sette på rolig musikk, sette på et svakt nattlys om pasienten har behov for det, lufte på pasients rom og passe på at pasienten ikke drikker kaffe eller te sent på kvelden (Hummelvoll, 2012, s. 233-237). Nina kan for eksempel fortelle Kenneth at hun kan hente håndklær til han slik at han får tatt seg en dusj. Hun kan forklare at det ville gjøre han godt og håpe at han sier seg enig i at han ikke har dusjet på flere dager. Videre kan Nina forklare at det er viktig at han husker på å prøve å slappe av og prioritere søvn fremfor å være våken om natten. Pasienter som er i manisk fase kan oppleve økt psykomotorisk aktivitet. Sykepleier og øvrig personalet på avdelingen må legge til rette for at pasienten kan delta på et tilpasset opplegg med moderat fysisk aktivitet. Aktiviteter som innebærer konkurranse bør unngås da dette kan føre til overstimulering. Det må settes inn tidsbegrensning slik at pasienten ikke blir utmattet, og aktivitetene bør være slik at det er mulig for pasienten å beherske dem (Hummelvoll, 2012, s. 242).

I artikkel 5 som er en fagartikkel om postatmosfæren ved frivillig innleggelse var hovedbudskapet at relasjonen mellom pasientene og behandlingspersonell er viktig for resultatet og kvaliteten på behandlingen. Holdningene, handlingene, ytringene, tankene og følelsene til miljøpersonalet i samspill med pasientene påvirker postatmosfæren. Altså sier dette oss at kommunikasjonen mellom pasient og personale er en viktig faktor for et godt miljø. Resultatene viser at når de ansatte får veiledning kan pasientene bli mer engasjert i behandlingen og få mer støtte i vanskelige situasjoner. I tillegg viste det seg at ved å jobbe med å styrke relasjonen mellom personale og pasienter ble atmosfæren i avdelingen bedret (Bendiksen, Friis & Røssberg, 2013).

Det er tre sentrale utfordringer ved etisk kommunikasjon. Den første er hvordan du forholder deg til den du kommuniserer med. Nina er etisk ansvarlig for å være hensynsfull og vise Kenneth respekt. Kenneth er veldig sensibel i den sinnstilstanden han befinner seg i og kan derfor lett merke om Nina blir oppgitt eller irriterer seg over han. Som tidligere nevnt må hun legge vekk egne følelser som påvirker henne denne dagen og sette Kenneths behov foran sine egne for å kunne hjelpe han på best mulig måte. Den andre utfordringen handler om rettferdighet. Hvordan skal sykepleieren fordele tid og ressurser? Nina må være etisk bevisst

og ta seg tid til etisk refleksjon. Hun bør tenke seg om før hun lover seg bort og hun må gjøre rimelige avtaler og klare å holde dem. Det som er viktig for Kenneth er ikke så lett for Nina og sette seg inn i før hun blir bedre kjent med han. Derfor er det viktig med etisk refleksjon og vurdering og å lytte til hva pasienten formidler. Den tredje utfordringen er hvordan kan sykepleieren tenke etisk i praksis, hva er viktig for pasienten, og hva sier lover og retningslinjer. Etisk refleksjon er viktig for å kunne ivareta pasienten og å ta gode og velbegrunnede beslutninger. Dette er en begrunnelse for hvorfor det er viktig at Nina har kunnskaper om lidelsen og at hun jobber kunnskapsbasert i praksis (Eide & Eide, 2016 s.51-52).

For at sykepleieren skal kunne yte god omsorg og kommunisere godt med pasienten er det viktig at hun er etisk bevisst. Nina bør tenke gjennom spørsmålene hun får fra Kenneth og reflektere over disse før hun svarer. Kommunikasjonsetikk, det å systematisk reflektere over hvordan en kommuniserer med andre, kan hjelpe en til å være bedre forberedt i møte med moralsk vanskelige situasjoner (Eide & Eide, 2016). Som skrevet tidligere er det viktig at Nina tør å snakke med Kenneth om de vanskelige temaene. I artikkel 1 beskrives forskjellige sykepleierintervensjoner ved bipolar lidelse. En av dem er støttende kommunikasjon. Samtaler med pasienten bør tilpasses situasjonen og pasientens behov. Det kan være en kort uformell prat under middagen eller det å sette av tid til en lengre prat på enerom (Daggenvoorde, Geerling & Goossens, 2015). For at Nina skal kunne bli kjent med Kenneth, og skape en allianse må hun kanskje vite mere om hans bakgrunn og hvordan han har det i hverdagen. Det kan være vanskelig for Nina å ta opp såre temaer i Kenneths liv, som tapet av sin mor, og det at han har lite venner. Men dette er spørsmål som det kan være viktig for sykepleieren å få svar på for å kunne hjelpe Kenneth videre og skape en god relasjon. Kenneth har nylig fått seg fast jobb som rørlegger, som han trives i. Ved å snakke med Kenneth om dette, kan det gi han styrke og motivasjon til å ta i mot hjelp, da jobben betyr mye for han. Vi tenker at Nina også bør spørre Kenneth om hvordan han har det i hverdagen, da han ikke har noen nære venner og bor alene i enebolig. Kenneth har lite kontakt med familien sin, bare med sin bror, som er hans nærmeste pårørende. Nina kan med fordel snakke med Kenneths bror for å få mere innsikt i hvordan Kenneth har det. Broren kan kanskje opplyse om ting som ikke Kenneth er i stand til å formidle på nåværende tidspunkt. Sykepleieren må også legge til rette for pårørendesamtale med broren hvis Kenneth ønsker dette.

Når samarbeidet med Kenneth avsluttes er det viktig at han får god oppfølging videre. I artikkel 3 nevnes det at for pasienter med bipolar lidelse og deres pårørende er det å få langsiktig oppfølging nødvendig. Det vil kunne føre til bedre helse for pasienten og forhindre gjentakende innleggelser (Crowe et. al., 2010). I psykiatripraksis praktiserte avdelingen et opplegg ved utskrivelse som kalles “en time i hånden”. Dette gikk ut på at pasientene skulle ha en avtalt time å gå til, enten det var hos fastlege, psykolog eller spesialhelsetjenesten, etter utskrivelse. Dette var for å sikre at pasienten fikk oppfølging og det var også selvmordsforebyggende. En av Ninas oppgaver er å være i dialog med de involverte partene i Kenneths behandlingsopplegg under innleggelsen. Dette sikrer at Kenneth får den oppfølgingen han har krav på og kanskje dette vil avdekke hva som gikk galt tidligere i behandlingen og som muligens gjorde at han utviklet en ny manisk fase. Dette kan også øke Kenneths tillitt til Nina og gjøre at han føler seg ivaretatt og trygg.

Travelbee sier at de fire fasene for å oppnå et menneske-til-menneske forhold skal resultere i gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1999, s.171-210). Vi tror at det er mye riktig i fasene til Travelbee og vi tror at sykepleieren kan ha nytte av å være bevisst innholdet i disse fasene. På den andre siden ser vi også at det ikke alltid er slik at møte mellom to mennesker eller mellom sykepleier og pasient kan forutses på denne måten. I tillegg tror vi at Travelbees tenkning er noe gammeldags og at ikke denne fremgangsmåten passer for alle. For at en allianse mellom sykepleier og pasient skal utvikles tror vi at kunnskap, respekt og fornuftige sykepleiehandlinger kan gjøre at det lykkes på en naturlig måte. Det er heller ingen garanti for at alle forhold mellom sykepleier og pasient ender i gjensidig forståelse og kontakt. Ikke alle mennesker kommer like godt overens og det er mange faktorer underveis i samarbeidet som kan påvirke alliansen i ulike retninger.

7. Konklusjon

I denne oppgaven har vi jobbet ut i fra følgende problemstilling: *Hvordan kan sykepleieren skape allianse med en pasient i manisk fase?* Vi forventet å finne mye forskning rundt temaet, «møte med en pasient i manisk fase». Dette viste seg å ikke stemme. I en av studiene vi bruker i oppgaven har vi også fått bekreftet at det finnes lite forskning om dette temaet (Crowe et. al., 2010). Mye av det vi har funnet og drøftet i oppgaven vår mener vi har stor overføringsverdi og kan anvendes til andre pasientgrupper.

Vi har fordypet oss i pensumlitteratur og den forskningen vi fant på området. Det har vært en spennende og lærerik prosess. Vi har fått oppleve at det kan være krevende å undersøke et tema med lite håndfast materiale. Samtidig er det vi har funnet relevant og det svarer i stor grad på det vi søkte etter. Vi ser det som nødvendig og viktig at det forskes mer på hvordan pasienter i den maniske fasen av bipolar lidelse opplever det å kommunisere med sykepleieren og annet personale pasienten møter.

I drøftingen kommer vi fram til at å jobbe ensidig ut fra Travelbees fire faser ikke alltid er tilstrekkelig for å danne en allianse med en pasient i manisk fase. Vi tror ikke det kan gjøres ut fra en “oppskrift”, men at det må tilpasses til hvert enkelt menneske. Det avhenger av sykepleierens kunnskap og bevissthet og det avhenger av pasientens bakgrunn og erfaringer. Sykepleieren som møter pasienten og vil skape en allianse må ha innlevelsessevne og vise medmenneskelig respekt.

Det vi sitter igjen med som viktigst i møte med et menneske i manisk fase er at vi som sykepleiere må forstå lidelsesaspektene hos akkurat denne personen. Det kan gjøre at vi er bedre rustet til å møte dette mennesket og at en allianse kan skapes og utvikles.

8. Littratlurliste

Apa standard hentet fra Høgskolen i Innlandet: <https://www.inn.no/bibliotek/skrive-og-referere/referanseteknikk>

Apa standard hentet fra Kildekompasset.no_ <http://www.kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>

Bendiksen, R., S., Friis, S. & Røssberg, J., I. (2013). Miljøtiltak ga bedre atmosfære på DPS. *Sykepleien*, 101(10), 44-47. doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0099 (<https://sykepleien.no/forskning/2013/09/miljotiltak-ga-bedre-atmosfaere-pa-dps>)

Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B.S. Brinchmann (Red.) *Etikk i sykepleien* (s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Crowe, M., Whitehead, L., Wilson, L., Carlyle, D., O'Brien, A., Inder, M. & Joyce, P. (2010). Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder—A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 47:7, 896-908. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.012>

Daggenvoorde, T., Geerling, B. & Goossens, P. J. J. (2015). A Qualitative Qstudy of Nursing Care for Hospitalized Patients with Acute Mania. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 186-191. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.02.003>

Dahl, K. & Skaug, E. A. (2014). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (s. 15- 60). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2016) *kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkehelseinstituttet og helsebiblioteket.no i samarbeid med universitetet i Agder. (n.d.) [MeSH ord på norsk]. Hentet fra <http://mesh.uia.no> (Denne kildehenvisningen er hentet fra <http://blog.apastyle.org/apastyle/2012/05/missing-pieces.html> da sidens opplysninger var mangelfulle).

Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2012). *Nsjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonale-faglig-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2 juli 1999 nr. 64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

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

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Joyce Travelbee. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsson, B. (2005). Mani som livsbrus og et psykiatrisk problem. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7(1), 3-13. Hentet fra <http://www.uio.no/studier/emner/medisin/isv/SYKVIT4222/v06/SYKVIT4222ArtikkelDeleksamen2.pdf>

Karlsson, B. (2006). Jeg kjenner det bruser i meg- pasientkunnskap om mani som fenomen og lidelse. *Nordic Journal Of Nursing Research*, 26(3), 39-43. <https://doi.org/10.1177/010740830602600309>

Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2015). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (s. 83-133). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2015). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (s. 31-82). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2015). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (s. 161-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (s. 205-280). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kunnskapsbasert praksis. (2012). *PICO*. Hentet fra

<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Måseidvåg, N. I. & Sørbø, J. I. (2014). Tap av språk ved psykose. *Sykepleien*, 102(5), 44-47. doi: 10.4220/sykepleiens.2014.0043 (<https://sykepleien.no/forskning/2014/04/tap-av-sprak-ved-psykose>)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter m.v. av 2 juli 1999 nr. 63. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter m.v. av 2 juli 1999 nr. 63. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.v. av 2 juni 1999 nr. 62. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_4#§4-4

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2016). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ødegaard, K. J., Høyersten, J. G. & Fasmer, O. B. (2012). Historisk utvikling, epidemiologi og klassifikasjon av bipolare lidelser. I Haver, B., Ødegaard, K. J. & Fasmer, O. B (red.), *Bipolare lidelser* (45-99). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke As.

Voskes, Y., Kemper, M., Landeweer, E. & Widdershoven, G. (2014). Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission. *Sage Publications INC*, 21(7), 766-773. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013493217>

9. Vedlegg

9.1 Vedlegg 1. Pico-skjema

P	I	C	O
Pasienter med bipolar lidelse i manisk fase.	Skape allianse. Det første møtet ved innleggelse. Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier.		Skape menneske til menneske forhold. God kommunikasjon. Grunnlag for videre samarbeid. Skape tillit mellom sykepleier og pasient.

(Kunnskapsbasert praksis, 2012).

9.2 Vedlegg 2. Søkehistorikk

Artikkelens navn	Forfatter	Utgiver	Database	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	år	Relevans for oppgaven
1 A Qualitative Study of Nursing Care for Hospitalized Patients with Acute Mania	Daggenvoorde, Geerling og Goossens	Archives of Psychiatric Nursing	Cinahl	Bipolar disorder AND mania AND nursing	2013-2018	3	2015	Sykepleiefokus. Svakheter: Nederlandsk studie.
2 Jeg kjenner det bruser i meg-pasientkunnskap om mani som fenomen og lidelse	Karlsson	Nordic Journal of Nursing Research	SveMed +	Bipolar lidelse AND Sykepleie		5	2006	Pasienterfaringer, brukermedvirkning. Svakheter: Eldre enn 5 år.
3 Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder—A systematic	Crowe, Whitehead, Wilson, Carlyle, O'Brien,	International Journal of Nursing Studies	Cinahl	Bipolar disorder AND Nursing	2010-2018	256	2010	Sykepleiefokus. Svakheter: Eldre enn 5 år, fra New Zealand.

review of the evidence for mental health nursing practice	Inder og Joyce							
4 Mani som livsbrus og et psykiatrisk problem -omsorgens dilemmaer i en akuttpsykiatrisk kontekst	Karlsson	Norsk tidsskrift for sykepleieforskning	Google Scholar	Bipolar lidelse AND Sykepleie		468	2005	Pasienterfaringer, sykepleiefokus. Svakheter: Eldre enn 5 år, samme forfatter som nr. 4.
5 Miljøtiltak ga bedre atmosfære på DPS	Slettebø Bendiksen, Friis og Røssberg	Sykepleien.no	Sykepleien.no	Psykiatri		303	2013	Relasjon mellom pasient og sykepleier, sykepleiefokus. Svakheter: Fokus på postatmosfære.
6 Tap av språk ved psykose	Måseidvåg og Sørbø	Sykepleien.no	Sykepleien.no	Manisk fase		2	2014	Pasienterfaringer, språk, lidelse. Svakheter: Rettet mot pas. med psykose, men fortsatt relevant for aktuell pas. gruppe.
7 Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission	Voskes, Kemper, Landeweer & Widdershoven	Sage Publications, inc.	PubMed	Patient admission AND bipolar disorder AND Nurse-patient Relations	2013-2018	1	2014	Sykepleiefokus. Svakheter: Nederlandsk studie.