



# NTNU

Kunnskap for en bedre verden

# Bacheloroppgave

**SY 301813 Sykepleie VI - del 2**

**”Mani som fenomen og grensesetting som metode: En systematisk litteraturstudie”**

Kandidatnummer 4423

Veileder: Sven Inge Molnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 55

Antall ord: 8755

Innlevert Ålesund

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Sven Inge Molnes

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 10/01 - 2016

## Forord

*"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 tvangsfrihet, 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 innfiltret i de mørkeste hulene i sinnet. Man visste ikke engang at disse hulene fantes. Det tar aldri slutt, for galskapen skaper sin egen virkelighet (Jamison,1996,s.71)."*

## **Sammendrag**

Hensikt: Belyse hvordan sykepleier kan utøve grensesetting på en terapeutisk måte. Grensesettingen er rettet mot maniske pasienters nedsatte impulskontroll og destruktive atferd. Metode: Oppgaven er basert på en systematisk litteraturstudie. Det er utført søk i nasjonale og internasjonale databaser for perioden 2005 til 2016. Innholdsanalyse ble utført med bakgrunn i ti inkluderte studier – åtte kvalitative- og to review studier. Resultat: Fire hovedkategorier ble identifisert: 1) Etablere en relasjon, 2) Utøve grensesetting, 3) Skjerming, 4) Å arbeide i team. Å etablere en terapeutisk allianse basert på tillit, tilstedeværelse og respekt omtales som en forutsetning for å lykkes med grensesetting. Tilnærmingen basert på anerkjennelse omtales som hensiktsmessig, men viser seg å kombineres med en mer korrigerende tilnærming. Skjerming og bruk av tvang utgjør et spenningsforhold mellom behandling og kontroll med stort behov for etisk refleksjon. Støtte, tillit og god kommunikasjon mellom kollegaer er viktig for å håndtere krevende situasjoner som aggressiv atferd og bruk av tvang. Konklusjon: Skal sykepleier kunne ivareta pasientens integritet i situasjonen, handler det i stor grad om å korrigere atferden på en anerkjennende måte. Essensielt er å etablere en terapeutisk allianse basert på samarbeid, ikke minst å fremtre rolig, konsistent og respektfullt. En aktiv og bevisst refleksjonsprosess omkring personalets tilnæringsmetoder er nødvendig for å forstå pasientens atferd, konsekvenser av praksis samt for å kunne vurdere forbedringspotensial og alternative tilnæringsmetoder.

## **Abstract**

Purpose: To illuminate how a nurse can exert limit setting in a therapeutic way. The limit setting is directed toward manic patient's reduced impulse control and destructive behaviour. Method: This thesis is based on a systematic study of literature. Searches has been performed in national and international databases for the period between 2006 and 2016. Content analysis was performed based on ten included studies – eight qualitative and two review studies. Result: Four major categories were identified: 1) Establishing a relationship, 2) Exerting limit setting, 3) "Open-area seclusion" 4) Teamwork. Establishing a therapeutic alliance based on trust, presence and respect is referred to as a prerequisite for successful limit setting. An approach based on recognition is referred to as appropriate, but tends to be combined with a corrective approach. "Open-area seclusion" and use of

force constitute a tension between treatment and control and demand a large degree of ethical reflection. Support, trust and good communication between colleagues is essential when dealing with difficult situations such as aggressive behaviour and use of force.

Conclusion: For a nurse to be able to safeguard a patient's integrity in a situation it is important to correct unwanted behaviour in an appreciative manner. It is essential to establish a therapeutic alliance based on cooperation and above all to appear calm, consistent and respectful. An active and conscious process of reflection on the staff's approaches are essential to understand the patient's behaviour, consequences of practice as well as assessing the potential for improvement and alternative approaches.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2 STUDIENS HENSIKT .....	1
1.3 PROBLEMSTILLING .....	2
1.4 BEGREPSAVKLARING .....	2
1.5 AVGRENSNINGER .....	2
1.6 OPPBYGGING AV OPPGAVEN .....	2
<b>2.0 TEORIBAKGRUNN</b> .....	<b>4</b>
2.1 BIPOLAR LIDELSE TYPE 1 .....	4
2.2 MANI .....	4
2.2.1 Moderat til alvorlig mani .....	4
2.3 GRENSESETTING .....	5
2.3.1 Å Utøve grensesetting .....	5
2.3.2 Skjerming .....	6
2.4 ETABLERING AV TERAPEUTISK ALLIANSE .....	6
2.5 KOMMUNIKASJON .....	7
2.6 OMSORG I LYS AV KARI MARTINSEN .....	7
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>8</b>
3.1 DATAINNSAMLING .....	8
3.1.1 Søkestrategi .....	8
3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	10
3.1.3 Kvalitetsbedømming .....	11
3.1.4 Etske avveininger .....	11
3.2 ANALYSE .....	12
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>14</b>
4.1 ETABLERE EN RELASJON .....	14
4.2 UTØVE GRENSESETTING .....	15
4.3 SKJERMING .....	17
4.4 Å ARBEIDE I TEAM .....	18
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>19</b>
5.1 METODEDISKUSJON .....	19
5.2 RESULTATDISKUSJON .....	20
5.2.1 Å støpe en grunnmur .....	20
5.2.2 Sykepleier som terapeutisk festbrems .....	23
5.2.3 Å beskytte pasienten mot seg selv, eller beskytte andre mot pasienten ? .....	26
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>29</b>
6.1 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING .....	29
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>31</b>
<b>VEDLEGG 1 SØKEHISTORIKK</b> .....	<b>35</b>
<b>VEDLEGG 2 KVALITETSSIKRING KVALITATIV FORSKNING</b> .....	<b>37</b>
<b>VEDLEGG 3 KVALITETSSIKRING OVERSIKTSARTIKLER</b> .....	<b>38</b>
<b>VEDLEGG 4 LITTERATURMATRISER</b> .....	<b>39</b>

## ***1.0 INNLEDNING***

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

Å arbeide med mennesker i en manisk fase er en medmenneskelig, faglig og etisk utfordring. Lidelsen i manien er både følbart og observerbart tilstede, men hvor omfattende lidelsen blir for pasienten avhenger av de profesjonelles evne til å forstå manien som fenomen, samt evne til å nærme seg personens selvforståelse og opplevelse av egen situasjon. Det er store utfordringer knyttet til maniske pasienters mentale fungering og atferd. Utfordringene handler i stor grad om mulighetene til å skjerme seg mot sosial stigmatisering som følge av negativ selveksponering. Overfor maniske pasienter innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling er grensesetting en hyppig benyttet terapeutisk metode. Intervensjonen er rettet mot å stimulere indre styring hos pasienten. Det handler om å etablere en ytre orden for å kompensere for pasientens indre kaos, samtidig som metoden er knyttet til fellesskapsverdier man ønsker skal gjennomføre et godt postmiljø (Hummelvoll,2012).

Ifølge Strand (1990) er grensesetting et omstridt virkemiddel innen psykiatrisk arbeid. For at sykepleiere kan bli bevisste, nyanserte og terapeutiske i sitt arbeid er det nødvendig at grensesetting som fenomen og virkemiddel belyses. Å sette grenser for andre menneskers atferd er ingen enkel sak – det skal det heller ikke være. Både for mye og for lite, for rigid og for svevende, kan falle uheldig ut. Grensesetting må anvendes med skjønnsomhet. Det er en kunst å gjennomføre grensesetting på en måte som er til hjelp for pasienten både i øyeblikket og på lengre sikt (ibid). Faglig kunnskap og innsikt i maniens fenomenologi og dynamikk er nødvendige komponenter for at metoden kan anvendes innen en humanistisk ramme (Hummelvoll,2012).

### ***1.2 Studiens hensikt***

Hensikten med studien er å belyse hvordan sykepleier kan utøve grensesetting på en terapeutisk måte. Grensesettingen er rettet mot maniske pasienters nedsatte impuls kontroll og destruktive atferd, og målet er å ivareta pasientens verdighet og integritet i situasjonen. Oppgaven baseres på sykepleieperspektiv.



### ***1.3 Problemstilling***

”Hvordan kan sykepleier utøve grensesetting overfor maniske pasienter innlagt på akutt psykiatrisk avdeling?”

### ***1.4 Begrepsavklaring***

Bipolar lidelse type 1: Kjentetegnes av alvorlige depressive- og maniske episoder. Ble tidligere omtalt som manisk depressiv lidelse (Hummelvoll,2012).

Mani: En alvorlig oppstemt episode som påvirker funksjonsnivået og varer minst en uke (Aarre mfl.,2009).

Grensesetting: Innebærer at fagpersonell gjennom holdning og handling, ut i fra en terapeutisk hensikt, markerer et ytterpunkt som ikke må overskrides (Strand,1990).

Skjerming: Vidtgående form for grensesetting (Strand,1990). Innebærer tiltak som helt eller delvis adskiller en pasient fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i behandling, undersøkelse eller omsorg for pasienten (Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner,2006).

### ***1.5 Avgrensninger***

Oppgaven tar utgangspunkt i mani ved bipolar lidelse type 1. Oppgaven avgrenses til å gjelde personer over 18 år innlagt på akutt psykiatrisk avdeling. Det tas utgangspunkt i pasienter som ikke har andre tilleggsdiagnoser, da det vil medføre andre forutsetninger for samhandling. Kommunikasjon er et omfattende felt, og vil kun bli belyst i forhold til interaksjonen mellom sykepleier og pasient. Skjerming som en vidtgående form for grensesetting vil belyses, samt bruk av tvang knyttet til det.

### ***1.6 Oppbygging av oppgaven***

Oppgaven besvares gjennom en teoridel, hvor pensumlitteratur og selvvalgt litteratur om emnet er benyttet. Videre presenteres en metodedel hvor datainnsamling og analyse av funn gjøres rede for. Funnene legges frem i en resultatdel. Avslutningsvis drøftes

forskningsresultat i lys av teorikunnskap, før oppgaven vil munne ut i en konklusjon som besvarer problemstillingen.

## ***2.0 Teoribakgrunn***

### ***2.1 Bipolar lidelse type 1***

Ifølge Hummelvoll (2012) forekommer bipolar lidelse type 1 hos 1,5 % av befolkningen. Lidelsen kjennetegnes av alvorlige depressive- og maniske episoder, og debuterer normalt i 17-18 års alderen. Bipolar lidelse er forbundet med store personlige lidelser og nedsatt funksjon. En tung depresjon med anger og fortvilelse er vanlig etter en manisk fase (Aarre mfl.,2009).

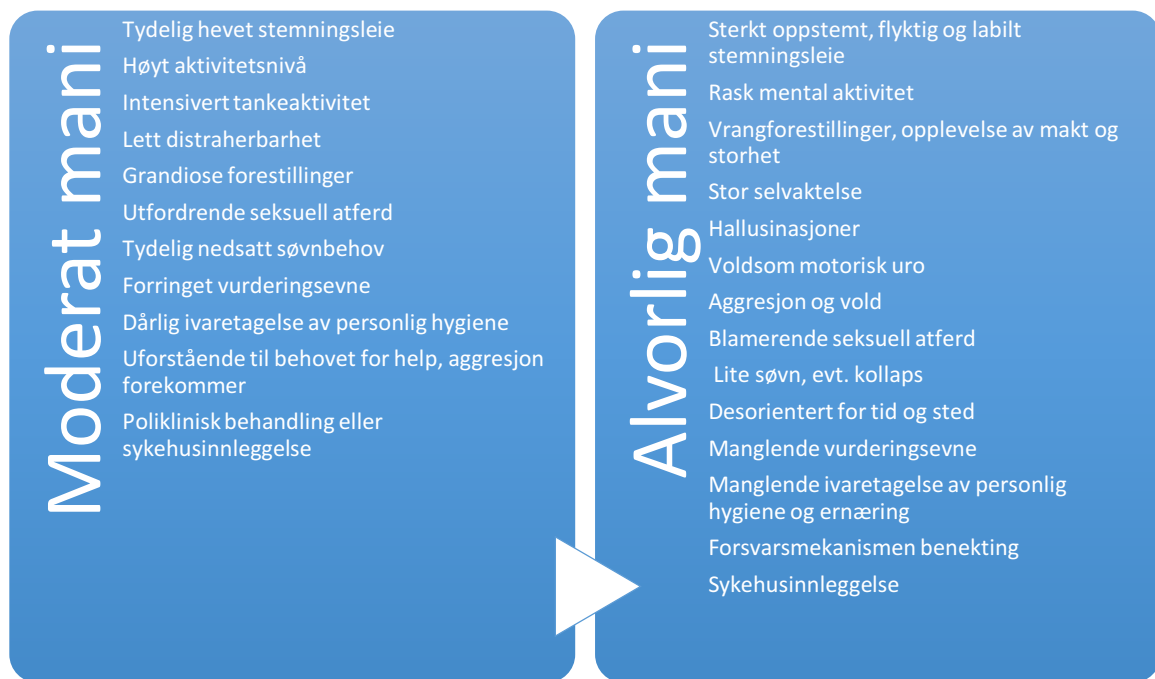
### ***2.2 Mani***

Mani knyttet til bipolar lidelse karakteriseres av av en alvorlig oppstemt episode som påvirker funksjonsnivået og varer minst en uke. Lidelsen arter seg ulikt fra menneske til menneske, både i intensitet og varighet (Aarre mfl.,2009). Mani kan betraktes på en kontinuum fra mild til alvorlig mani. De forskjellige nivåene gir ulike konsekvenser på det personlige plan, samt knyttet til behovet for hjelp (Hummelvoll,2012).

#### ***2.2.1 Moderat til alvorlig mani***

Moderat til alvorlig mani kjennetegnes av tydelig hevet stemningsleie, men personen vil også være irritabel og utflytende. Personen vil ha økt motorisk tempo, eksempelvis i form av rask tale og bevegelser. Aktivitetsnivået er høyt, og typisk er ukritisk atferd som følge av nedsatt dømmekraft. Personen vil oppleve å ha redusert behov for søvn, samt ha vansker med å ivareta grunnleggende behov som hygiene og ernæring. Rask mental aktivitet og tankeflukt medfører lett distraherbarhet og konsentrasjonsvansker.

Vrangforestillinger er vanlig, gjerne med et grandiost preg som dreier seg om spesielle evner personen mener han har. Selvtilliten er høy. Ved alvorlig mani er hallusinasjoner vanlig (Helsedirektoratet,2012). Typiske karakteristika ved moderat og alvorlig mani er fremstilt i figur 1.



Figur 1. Symptomer ved moderat og alvorlig mani (Hummelvoll,2012).

### ***2.3 Grensesetting***

Grensesetting innebærer at fagpersonell gjennom holdning og handling, ut i fra en terapeutisk hensikt, markerer et ytterpunkt som ikke må overskrides. Konkret pekes det på fire typer umiddelbare hensikter: Sikkerhet, struktur, læring og beskyttelse mot stigmatisering og blamering. Samlet skal punktene bidra til å nå målet som tilsier at pasienten skal leve et tilfredsstillende liv i sosialt fellesskap (Strand,1990). Grensesetting er knyttet til den aktuelle pasientens behov, men også fellesskapsverdier man ønsker skal gjennomsyre et godt postmiljø (Hummelvoll,2012).

#### ***2.3.1 Å Utøve grensesetting***

Ifølge Strand (1990) er terapeutisk grensesetting utført på basis av legitim autoritet. Legitim autoritet bygger på saksprinsipper og faglig kompetanse, sykepleier kan begrunne og argumentere hvorfor grensene settes. Ikke minst er den dialogisk, etisk forsvarlig og menneskevennlig (ibid). Grensesetting innehar en tvetydighet, hvor målet er kontroll og terapi på en og samme tid (Vatne,2006). Hvordan grensene markeres vil avhenge av hvilke intensjoner og begrunnelser man har. I praksis ligger metoden i spenningsfeltet mellom ytrestyrt kontroll (begrensning) og vekst (avgrensning, struktur og innsikt) (Hummelvoll,2012).

Et viktig element ved grensesetting er at både pasient og sykepleier har forståelse av hva som står på spill (Hummelvoll,2012). Sykepleier må fremtre med trygghet og sikkerhet, samt sette grenser på en fast, klar og respektfull måte (Strand,1990). Vennlig fasthet og empatisk forståelse er nødvendig for å ivareta pasientens selvaktelse. Den faglige og etiske utfordringen med grensesetting må reflekteres rundt i personalgruppen. Konsekvensen av å utøve grensesetting som et mål i seg selv, eller som automatiske, ureflekterte reaksjoner, kan være et dehumanisert avdelingsmiljø (Hummelvoll,2012).

### *2.3.2 Skjerming*

Ifølge Aarre mfl. (2009) er skjerming, ved siden av medikamenter, den mest effektive behandlingen ved mani. Hensikten er å hjelpe pasienten til å fungere samlet og gjenvinne autonomi og kontroll over seg selv (Hummelvoll,2012). Samtidig benyttes metoden for å beskytte andre pasienter, samt gi personalet oversikt for å kunne fungere terapeutisk (Strand,1990). Skjerming er et vesentlig inngrep i individets frihet. Et viktig prinsipp er at pasienten har medvirkning i hvordan metoden gjennomføres. Å tolke pasientens behov, opptre rolig og ha en tilstrekkelig situasjonsoversikt er nødvendig for at pasienten skal kunne sortere inntrykk, tanker og impulser (Hummelvoll,2012).

### **2.4 Etablering av terapeutisk allianse**

Ifølge Hummelvoll (2012) er en terapeutisk allianse en forutsetning for et vellykket behandlingsresultat ved mani. En terapeutisk allianse baseres på at sykepleier skal støtte og hjelpe pasienten gjennom vanskelige faser av behandlingen (Krogh,2002).

Samarbeid er et nøkkelbegrep ved etablering av allianse, samarbeid krever at sykepleier og pasient har en felles forståelse av situasjonen og hvordan hjelpen kan utformes. Å beholde roen er et annet viktig element – å opptre trygg og sikker kan influere positivt på pasientens angst og orienteringsevne. Alliansen utvikles ved at sykepleier viser seg som en tydelig og forutsigbar person, samt viser oppriktig interesse for pasientens liv. Empatisk forståelse er en forutsetning (Hummelvoll,2012). Det handler om å sette seg inn i pasientens situasjon, forstå følelsene og reaksjonene, samt ha evnen til å lytte (Eide og Eide,2007).

## **2.5 Kommunikasjon**

Ifølge Hummelvoll (2012) må kommunikasjonen med den maniske være ”her og nå orientert”, samt preges av korte og enkle setninger. Argumentasjon bør unngås, og en rolig og lavmælt stemmebruk bør benyttes. Sykepleier må lytte til hva pasienten formidler både verbalt og non-verbalt, og gjennom gjensvar og holdninger vise hvordan følelser kan uttrykkes og håndteres (ibid). Bekreftende kommunikasjon bygger på innlevelse. Det kan gjøres nonverbalt gjennom nikk, smil eller blikk, eller verbalt ved umiddelbare korte bemerkninger. Bekreftende kommunikasjon skaper trygghet og tillit, ikke minst danner grunnlag for å kunne utforske tanker og følelser (Eide og Eide,2007).

## **2.6 Omsorg i lys av Kari Martinsen**

Martinsen (2003) beskriver i sin omsorgsteori tre fenomener som inntreffer samtidig når det gjelder omsorg. Omsorg omtales for det første som et relasjonelt begrep, det tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn som baseres på at mennesker er avhengige av hverandre. For det andre er omsorg et praktisk begrep, en situasjonsbetinget og konkret handling. Hjelpen begrunnes ut i fra tilstanden til den hjelpetrengende, og er et uttrykk for generalisert gjensidighet. En god situasjonsforståelse omtales som nødvendig for å håndtere balansegangen mellom formynderi og respekten for menneskets selvbestemmelse, og i kombinasjon med personlig engasjement kan bånd knyttes til den andre. Et viktig prinsipp er at omsorgslyter ikke forventer å få noe i gjengjeld eller oppnå et bestemt resultat. Omsorg har for det tredje en moralsk dimensjon. Det handler om hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet, kvaliteten i relasjonen er det vesentlige. Moral er måten sykepleiere er tilstede og viser omsorg i sitt arbeid og sine handlinger. Omsorgsmoral handler også om forvaltning av makt – moralsk ansvarlig maktutøvelse brukes ut i fra solidariteten med den svake, den vises gjennom engasjement og evne til å identifisere seg med andre (ibid).

### **3.0 Metode**

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) innebærer en systematisk litteraturstudie å systematisk søke, kritisk granske og deretter analysere litteraturen innen et valgt emne eller problemområde. En systematisk litteraturstudie sikter til å gi en syntese av data fra tidligere gjennomførte empiriske studier. Den systematiske litteraturstudien bør fokusere på aktuell forskning innen det valgte området og sikte på å finne beslutningsgrunnlag for klinisk virksomhet.

For å kunne gjennomføre en systematisk litteraturstudie er det nødvendig at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan legge grunnlaget for bedømmingen og konklusjonen av studien (Forsberg og Wengström,2013).

### **3.1 Datainnsamling**

For å finne svar på valgt problemstilling benyttet jeg ulike databaser, hvor jeg innhentet forskningsartikler ved å utføre litteratursøk. Relevant pensumlitteratur ble også brukt, samt annen aktuell faglitteratur for å danne et bredere kunnskapsgrunnlag.

Ettersom vi begynte arbeidsprosessen med bacheloroppgaven høsten 2015, orienterte jeg meg allerede da om hvordan jeg ønsket å besvare oppgaven. Jeg bestemte meg tidlig for hva jeg ønsket å skrive om, noe som ga meg et godt utgangspunkt for å sette meg inn i relevant pensumlitteratur og aktuell forskning. Dette var til god hjelp, samt var en motivator for å etter hvert ta fatt på oppgaven.

#### **3.1.1 Søkestrategi**

Prosessen med å søke etter relevant forskning startet jeg med høsten 2015. I starten utførte jeg flere feilsøk, mye fordi jeg var usikker på enkelte av databasene, men også fordi jeg ikke var bevisst nok på valg av perspektiv. I desember 2015 kom jeg for alvor i gang med det systematiske litteratursøket. Denne gangen innledet jeg søket med å fylle ut et standardisert PICO-skjema: Pasient/poulation, intervention, control og outcome (Forsberg og Wengström,2013). Skjemaet ble imidlertid forkortet til PIO-skjema, dette fordi jeg ikke var ute etter å sammenligne tiltak. Den strukturelle modellen ble benyttet som et verktøy

for å gi struktur, klargjøre spørsmålet for litteratursøket samt finne og sette sammen søkeord. Fullstendig PIO-skjema er fremstilt i tabell 1.

Tabell 1. PIO-skjema

<b>P:</b> Patient/Population	Bipolar disorder, Mania, Hospitalized patient/Inpatient, Acute/locked psychiatric ward
<b>I:</b> Intervention	Nursing interventions, Mental health nursing, Approach Limit setting, Open-area seclusion (skjerming), Coercion
<b>O:</b> Outcome	Nursing, Integrity, Dignity

Valg av databaser ble tatt ut i fra oppgavens tema og fagområde. Jeg valgte i hovedsak å benytte databasene Psychinfo, Pubmed og Cinahl, men også Norart ble benyttet. Å formulere rette spørsmål, avgjøre hvor gamle artiklene skal være, hvilke språk de skal være på samt hvilke studietyper som skal benyttes er ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013) hovedelementene når man søker i databaser. De poengterer at problemstillingen alltid vil bestemme kriteriene for søkingen. PIO-skjemaet hjalp meg å vurdere hvilke søkeord som var mest aktuelle, og hovedsøkeordene ble ”bipolar disorder AND mania AND nursing AND hospitalized patient”. Hovedsøkeordene kombinerte jeg med andre søkeord som: Limit setting, interventions, nursing, approach, psychiatric ward, integrity, dignity, open-area seclusion og coercion. For å avgrense søket og kombinere søkeordene benyttet jeg meg av de boolske operatørene ”AND” og ”OR” (Forsberg og Wengstrøm,2013). Jeg valgte å konsekvent benytte meg av avansert søk for å kunne avgrense søket samt for å kunne kombinere søkeordene fra PIO-skjemaet.

Med bakgrunn i at den systematiske litteraturstudien skal baseres på nyere forskning, avgrenset jeg søket fra årstall 2005 til 2016. For å få kvalitetssikret data markerte jeg for fagfelleurdert forskning, og ved søk i Psychinfo, Pubmed og Cinahl la jeg inn inklusjonskriteriet ”Adults – Age 18+”. Etter tips fra veileder på seminar 1, valgte jeg å søke i ”fritekst”. Bakgrunnen for dette er at mye relevant forskning kan gå tapt dersom det



søkes i ”full text”. Dette medførte noe ekstra arbeid, men google scholar var her et godt hjelpemiddel.

Antall treff varierte fra 0 – 41, og jeg startet alltid med å få en oversikt over tittelen på artiklene før jeg leste sammendraget på de artiklene jeg anså som relevante. Ved å kun lese sammendraget og dermed fange opp artiklenes hovedelement sparte jeg meg tid og fikk lettere oversikt over resultatet. Totalt ble 82 sammendrag lest, og av disse ble 45 artikler studert nærmere. Årsaken til at så mange sammendrag ble lest var at svært mange artikler fokuserte på medikamentell behandling av mani, årsak til mani, mani utenfor sykehus, ungdom med mani eller pasienters/pårørendes erfaring med mani. Dette kom ikke alltid tydelig frem gjennom tittelen, noe som medførte at jeg måtte inn å lese sammendraget før jeg kunne ekskludere artiklene. En artikkel ble bestilt gjennom biblioteket, men fordi den i liten grad belyste oppgavens hensikt ble den ekskludert. Fem artikler ble ekskludert fordi de ble vurdert til lav-middels kvalitet. To artikler var inkludert til siste del av analysearbeidet. Årsaken til at disse ble ekskludert var fordi begrepet ”seclusion” ikke var sammenlignbart med det norske begrepet ”skjerming”. Totalt er ti artikler inkludert i oppgaven. Detaljert søkehistorikk er fremstilt i tabell (Vedlegg 1).

### *3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

Artikler som ble inkludert måtte belyse oppgavens hensikt, ha et sykepleieperspektiv, være fagfellevurdert, samt omhandle voksne pasienter over 18 år. Artikler fra ikke vestlige land ble ekskludert, da de kulturelle forskjellene fra Norge ble for store. Andre kriterier som ble vektlagt var publiseringsår, og med bakgrunn i at litteraturstudien skal bygge på nyere forskning, ønsket jeg i hovedsak å kun inkludere artikler publisert siste tiår. At etiske vurderinger var gjennomført var et annet viktig inklusjonskriterie, og språkmessig ble engelske og norske artikler vektlagt.

Jeg valgte i hovedsak å benytte meg av kvalitativ forskning. Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013) benyttes kvalitativ metode for å beskrive menneskers opplevelser og erfaringer. De kvalitative studiene var derfor nødvendig for å få forståelse for sykepleiernes erfaringer omkring emnet. To review studier er også inkludert i oppgaven, og i disse litteraturgjennomgangene er både kvalitative og kvantitative artikler inkludert.

Review studiene bidro til å skape en bredde i oppgaven ved at flere aspekter belyses, samt at effekten av tiltak vurderes i en større setting.

### *3.1.3 Kvalitetsbedømming*

Samtlige av de inkluderte artiklene er fagfellevurdert, samt kvalitetsbedømt ved hjelp av Kunnskapssenterets (2014) sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Sjekklistene bidro til å kunne vurdere den metodiske kvaliteten på artiklene, samt vurdere om resultatene er troverdige. Av mine ti inkluderte artikler ble syv vurdert til høy kvalitet og tre vurdert til middels-høy kvalitet.

For å undersøke om tidsskriftene er vitenskapelige, og dermed ytterligere kvalitetssikre artiklene, utførte jeg søk hos Norsk senter for forskningsdata (2016). Åtte av artiklene er gradert til nivå 1, to artikler gradert til nivå 2.

### *3.1.4 Etiske avveininger*

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) er etiske avveininger av artiklene vesentlig i arbeidet med å utføre en systematisk litteraturstudie. Jeg har tilstrebet å finne artikler som er godkjent av etisk komité.

I syv inkluderte artikler kommer det klart frem at studien er godkjent av etisk komité. Studiene har også opprettholdt etiske prinsipper angående konfidensialitet og anonymisering av deltakende informanter, samt besørget skriftlig og informert samtykke. I en kvalitativ studie utført av Karlsson (2005) var det uklart hvorvidt etiske avveininger var utført. Her valgte jeg å sende en mail til forfatter, hvor jeg fikk bekreftet at studien ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). De siste to inkluderte artiklene er review studier, og her ble det undersøkt at inkluderte artikler tidligere er blitt etisk vurdert.

Etiske avveininger i artiklene var gjennom litteraturstudien et viktig inklusjonskriterie, men jeg har også vektlagt å ta etiske hensyn i forhold til å være tro mot mine kilder. Alle relevante resultat blir presentert, også de som ikke støtter min personlige hypotese. Forsberg og Wengström (2013) omtaler dette som et viktig etisk aspekt.

### 3.2 *Analyse*

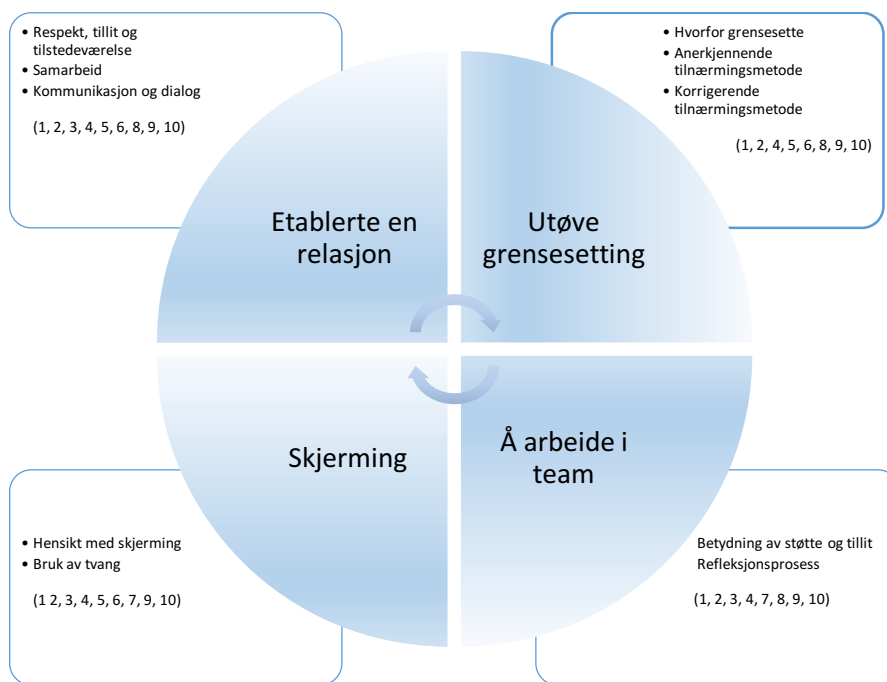
Det vitenskapelige analysearbeidet innebærer å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler, før en deretter fordypet seg i hver enkelt del. Deretter må en ta fatt på syntesearbeidet – å sette sammen de ulike delene til en helhet (Forsberg og Wengstrøm, 2013). I denne oppgaven er i hovedsak kvalitative artikler benyttet, men også to review studier er inkludert. Jeg har valgt å benytte meg av Evans (2002) modell for å bearbeide data. Modellen består av fire faser.

*Fase en* innebærer å samle inn datamaterialet som skal analyseres (Evans, 2002). Gjennom søkeprosessen, kritisk vurdering i forhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier og kvalitetsvurdering ble ti artikler inkludert for å besvare min problemstilling. Artiklene ble nummerert fra en til ti.

Ifølge Evans (2002) består *fase to* av å identifisere nøkkelfunn i hver artikkel. For å få en helhetlig forståelse av sentrale funn ble hver enkelt artikkel gjennomlest flere ganger. Ordbok ble benyttet for å oversette vanskelige ord og uttrykk. Etter å ha satt meg grundig inn i artiklene ble litteraturmatiser med relevante funn og resultater utformet.

I *fase tre* skal nøkkelfunn sammenlignes og gjennomgående tema identifiseres. Temaene skal kategoriseres og gyldigheten av aktuelle funn vurderes (Evans, 2002). For å sammenligne nøkkelfunn valgte jeg å benytte et fargesystem. Dette bidro til å få en oversikt over aspekter som gikk igjen, samt var nyttig for å kunne identifisere funn som relaterte seg til hverandre. Funn som relaterte seg til hverandre ble klipt ut og limt inn på et A3 ark. For å finne tilbake til originalteksten ble funn markert med artikkelnummer. Som resultat av arbeidet i disse tre fasene ble fire hovedkategorier utformet: Etablere en relasjon, utøve grensesetting, skjerming og å arbeide i team. Hver hovedkategori er tildelt to til tre individuelle undertemaer. Hovedkategorier og undertemaer er fremstilt i figur 2 for å få en strukturert oversikt.

Ifølge Evans (2002) består *fase fire* av å beskrive fenomenet gjennom å formulere tema med referanse til datamaterialet. De fire hovedkategoriene med sine undertemaer beskriver hvilke funn som var gjennomgående i artiklene. Hvor mange artikler som belyser hovedkategoriene er fremstilt i figur 2, dette for å kvalitetssikre funnene.



Figur 2. Hovedkategorier med individuelle undertemaer. Tallene beskriver hvilke artikler som belyser den aktuelle kategorien.

#### **4.0 Resultat**

I resultatdelen vil sentrale funn fra analyseprosessen presenteres. Funnene blir lagt frem kategorisk med utgangspunkt i de fire hovedkategoriene: 1) Etablere en relasjon, 2) Utøve grensesetting, 3) Skjerming, 4) Å arbeide i team.

#### **4.1 Etablere en relasjon**

Et hovedfunn i denne litteraturstudien er betydningen av å danne en terapeutisk relasjon med pasienten, også omtalt som allianse. Et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient, basert på respekt, tillit og tilstedeværelse, blir omtalt som fundamentalt for å lykkes med grensesetting (Daggenvoorde mfl.,2015; Maquire mfl.,2014; Kontio mfl.,2010; Björkdahl mfl.,2010; Hem mfl.,2008; Goossens mfl.,2007; Vatne og Fagermoen,2007; Karlsson,2005). Sykepleier må forholde seg til hver enkelt pasient basert på han/hennes individuelle behov, samt maniens symptom og alvorlighetsgrad (Daggenvoorde mfl.,2015; Hem mfl.,2008; Karlsson,2005). En sykepleier forklarer det på denne måten:

*”Psychiatric patients symptoms are utterances of vulnerability and powerlessness. To build a trustful relationship with patients is the starting point to be able to understand and help in a therapeutic way, to confirm and support them (Vatne og Fagermoen,2007,s.45).”*

Betydningen av samarbeid blir trukket frem. Å bygge en relasjon forutsetter at sykepleier både inviterer til og er villig til å oppnå samarbeid. Det krever en felles forståelse av situasjonen, samt at sykepleier er imøtekommende, tilstede i situasjonen og tar initiativ til kontakt. Kommunikasjon og dialog omtales som det vesentligste hjelpemiddelet i samarbeidet. Samtalen muliggjør at ærlighet og tillit kan etableres, men krever både tilstedeværelse, respekt og lytting fra sykepleier (Daggenvoorde mfl.,2015; Hem mfl.,2008; Goossens mfl.,2007; Karlsson,2005). En deltagende sykepleier var opptatt av å inkludere pasientene:

*”Its important to know something about the person, things that interest them, and then you can use this while talking to them. (..) You can hug a person, and it works. Often I give them a friendly nudge. Then they feel included (Larsen og Terkelsen,2013,s.14)”*

Kunnskap om pasienten, å lese han/hennes signaler og å kombinere verbal kommunikasjon og stillhet er av betydning for samarbeidet (Maquire mfl.,2014; Larsen og Terkelsen,2013; Björkdahl mfl.,2010). Sykepleier må opptre rolig, støttende og nøytral, men samtidig vise seg som en tydelig og forutsigbar person (Goossens mfl.,2007). Sinne, roping og protester hos den maniske kan oppleves utfordrende for å skape god dialog og behandle den underliggende angsten. Livsbruset i manien utfordrer de menneskelige likhetene og forskjellene i relasjonen mellom sykepleier og pasient (Hem mfl.,2008; Karlsson,2005). En sykepleier uttaler:

*”Its about knowing your patients, knowing all of their personality traits, and how they respond (Maquire, Daffern og Trish,2014,s.157).”*

Vatne og Fagermoens (2007) resultater viser at å skape tillit, støtte og bekrefte pasienten først og fremst fantes som et ideal. Det ble observert mangel på evne til å skape gode relasjoner, mye fordi de ikke mestret å skape gode dialoger og ivareta pasientens autonomi. Andre studier viser til lignende resultater. Relasjonelle ferdigheter avhenger av personlige egenskaper og holdninger (Hem mfl.,2008). Sykepleiere som har kunnskap om den individuelle pasient og viser genuin interesse har bedre evne til å skape dialog, trygge pasienten og oppnå tillit (Larsen og Terkelsen,2013).

#### **4.2 Utøve grensesetting**

Agitasjon, aggresjon, forhøyet aktivitetsnivå og liten innsikt i eget sykdomsbilde gjør grensesettende tiltak ovenfor maniske pasienter nødvendig (Daggenvoorde mfl.,2015; Hem mfl.,2008; Goossens mfl.,2007). Daggenvoorde mfl. (2015) og Goossens mfl. (2007) viser til at maniske pasienter er ekstremt følsomme for både intern og ekstern stimuli, og Karlsson (2005) presiserer at det ofte blir fagpersoners dilemma å dempe livsbruset. Det overordnede målet med grensesetting er å skape trygghet, sikkerhet og struktur for både pasienter og personale (Daggenvoorde mfl.,2015; Maquire mfl.,2014; Björkdahl mfl.,2010; Goossens mfl.,2007; Vatne og Fagermoen,2007).

Resultat fra Daggenvoorde mfl. (2015) studie viser at grensesetting inkluderer uttalelse om hva som er og ikke er akseptabel adferd, rådgiving om hvordan den maniske skal oppnå balanse mellom aktivitet og hvile samt å tilrettelegge for et rolig miljø. Ifølge Goossens

mfl. (2007) gjennomgang bidrar faste rammer og klare grenser til at maniske pasienter opplever trygghet.

Et gjennomgående funn er at tilnæringsmetode ved grensesetting er av stor betydning. Å anerkjenne pasientens følelser, vise respekt og medfølelse, samt forbli troverdig omtales som avgjørende for å lykkes (Daggenvoorde mfl.,2015; Maquire mfl.,2014; Björkdahl mfl.,2010; Hem mfl.,2008; Vatne og Fagermoen,2007; Karlsson,2005). En sykepleier uttaler:

*”(..) You can be firm when approaching patients with limits, but you need to be very careful, and you choose your words carefully, and make sure you're respectful, and saying the right things (Maquire, Daffern og Trish,2014,s.156).”*

Daggenvoorde mfl. (2015), Maquire mfl. (2014) og Hem mfl. (2008) presiserer hvor viktig det er å forklare hvorfor grensene settes. Et viktig prinsipp er å engasjere pasienten i prosessen. Resultat fra Karlssons (2005) og Björkdahls (2010) studier viser at en individualisert og spesifikk tilnærming er nødvendig.

Resultat viser at den anerkjennende tilnæringsmetoden ofte kombineres med en mer korrigerende tilnæringsmetode. Vatne og Fagermoens (2007) funn viser at den korrigerende tilnæringsmetoden var dominerende ved grensesetting. Mye brukte metoder var ignorering, distrahering og forhandling med pasienten. Gjennom refleksjonsgrupper ble sykepleierne oppmerksomme på konsekvenser av praksis – en pasientopplevd følelse av fornærmelse, ydmykelse og mangel på kontroll (Vatne og Fagermoen,2007).

Hvorvidt en korrigerende tilnærming skal benyttes diskuteres også i andre studier. Maquire mfl. (2014) funn viser at det er viktig å være konsistent ved grensesetting. Björkdahl mfl. (2010) viser til at makt i enkelte situasjoner må benyttes for å forhindre at situasjoner eskaleres, men presiserer at det kreves god kunnskap, faglig bevissthet og mot. I Larsen og Terkelsen (2013) og Konti mfl. (2010) studier mente enkelte ansatte at å være streng og ha en autoritær holdning var nødvendig. Samtidig stiller enkelte sykepleiere seg kritiske til en autoritær tilnæringsmåte, flere mener det trigger både aggresjon og protester (Maquire mfl.,2014; Larsen og Terkelsen,2013; Hem mfl.,2008). En sykepleier som stilte seg som motstander, forteller:

*"We shouldn't humiliate people by correcting them all the time or believe that we know everything. We should ask ourselves how our mothers would like to be treated (Larsen og Terkelsen,2013,s.9)."*

Daggenvoorde mfl. (2015) og Goossens mfl. (2007) viser til gode erfaringer med å utforme pleieplaner i samarbeid med den maniske pasient. Planen kan eksempelvis beskrive spesifikke grenser og omsorgsbehov. Kontio mfl. (2010) viser til lignende funn overfor pasienter som viser krevende og aggressiv adferd. Sykepleierne i denne studien presiserte betydningen av at pasienten ble sett på som en aktiv deltager med verdifulle meninger.

### **4.3 Skjerming**

Resultat viser at skjerming er en hyppig brukt metode overfor maniske pasienter innlagt på akuttpsykiatrisk enhet. Skjerming er et nødvendig ledd i akuttpsykiatrien for å begrense stimuli og dempe livsbruset, samt en viktig faktor for å redusere sikkerhetsrisikoen (Daggenvoorde mfl.,2015; Goossens mfl.,2007; Karlsson,2005). En sykepleier beskriver det på denne måten:

*"If you are chaotic inside you need an orderly outside (Larsen og Terkelsen,2013,s.12)."*

Norvoll mfl. (2015) viser i sin litteraturgjennomgang til at skjerming benyttes hyppig på akuttpsykiatriske enheter. De beskriver både formell og uformell bruk av tvang for å opprettholde skjermingen. Resultat viser at følelsen av tvang generelt oppleves sterkere enn behandlingstenkningen tilsier. Følelsen av tvang forsterkes av militante og lite anerkjennende tilnæringsmetoder. Resultat fra Karlssons (2005) studie viser at skjerming gir åpenbare konsekvenser for samarbeidet mellom sykepleier og pasient i form av kamp, mistillit og tap av verdighet hos pasienten. Bruk og opprettholdelse av tvang utfordrer de fysiske og psykiske begrensninger av muligheter til personlig utfoldelse og autonomi (ibid).

Samtlige av deltagerne i Larsen og Terkelsens (2013) og Kontio mfl. (2010) studier mente at tvangsbehandling i enkelte situasjoner var nødvendig. Sikkerhet på avdelingen var en av årsakene, men tvunget skjerming ble primært benyttet som en del av behandlingen (Larsen og Terkelsen, 2013). Kontio mfl. (2010) viser til at pasientrelaterte etiske prinsipper som



respekt, verdighet, medvirkning og sikkerhet vurderes opp imot sikkerhet på avdelingen, velferd og terapeutisk atmosfære. Et kritisk sinn er nødvendig for å forstå hvorfor tvang i enkelte situasjoner er nødvendig, men også for å unngå bruk av tvang der det er mulig (Kontio mfl.,2010; Björkdahl mfl.,2010). En sykepleier forteller:

*” It`s a goal that people can live in freedom, but sometimes it goes too far. There`s a trade-off between dilemmas (Larsen og Terkelsen,2013,s.10).”*

#### **4.4 Å arbeide i team**

Å jobbe i team og ha mulighet til å reflektere omkring vanskelige hendelser omtales som viktig. Støtte, tillit og god kommunikasjon mellom kollegaer er viktig for å håndtere krevende situasjoner som aggressiv adferd og bruk av tvang, samt for å lette den personlige byrden av dårlig samvittighet (Daggenvoorde mfl.,2015; Larsen og Terkelsen,2013; Björkdahl mfl.,2010; Kontio mfl.,2010).

Norvoll mfl. (2015) viser i sin gjennomgang til dilemmaer som oppstår knyttet til skjerming av pasienten. Kontroll og maktbruk, rigiditet og vokterrolle samt misnøye og verbal/fysisk protest fra pasientene utgjør et spenningsforhold med stort behov for etisk refleksjon (ibid). Aktiv og bevisst refleksjon omkring personalets tilnæringsmetoder er nødvendig for å få forståelse av pasientens adferd, samt for å bli bevisst på konsekvenser av egen praksis. Det er nødvendig for å kunne vurdere forbedringspotensial og alternative tilnæringsmetoder (Maquire mfl.,2014; Kontio mfl.,2010; Vatne og Fagermoen,2007). En av sykepleierne uttalte dette:

*”Oral and written reporting after the situation is useful. Then we evaluate what helped the patient and what else we can try next time. Sometimes we also discuss what we have learnt from the situation (Kontio mfl.,2010,s.69 )”*

Karlsson (2005) presiserer at etisk refleksjon omkring bruk av tvangstiltak er nødvendig fordi slik omsorg kan oppleves krenkende og som overgrep.

## **5.0 Diskusjon**

Innledningsvis vil en kortfattet metodediskusjon presenteres, hvor styrker og svakheter med oppgaven belyses. Videre kommer en resultatdiskusjon hvor funn fra forskning drøftes i lys av relevant teori. I denne delen vil konsekvenser for sykepleie stå sentralt.

### **5.1 Metodediskusjon**

Å raskt komme i gang med søkeprosessen var et mål jeg satte meg tidlig i arbeidsfasen, og i desember 2015 kom søket for alvor i gang. Valg av databaser ble tatt ut i fra oppgavens tema og fagområde, og en styrke i oppgaven er at tre ulike databaser ble benyttet: Psychinfo, Pubmed og Cinahl. Norart ble også i liten grad benyttet. Jeg har tilstrebet å være tro mot mine søkeord, og PIO-skjemaet var her et nyttig hjelpemiddel. At søkehistorikken kontinuerlig ble dokumentert anser jeg som en annen styrke. Det var av stor betydning for å skape en systematisk og strukturert oversikt.

Nyere forskning skal ideelt sett baseres på forskning ikke eldre enn fem år. Jeg valgte å søke etter forskning fra det siste tiår. Begrunnelsen for dette er at jeg anså det som mest hensiktsmessig for å besvare problemstillingen tilfredsstillende. Jeg erfarte at mye relevant forskning ville gå tapt dersom søket ble avgrenset til å gjelde kun forskning publisert siste fem år. En artikkel fra 2005 er også inkludert, dette til tross for at jeg i første omgang vurderte artikkel til å være for gammel. Etter grundig resonnement valgte jeg å inkludere artikkelen, da den i stor grad belyser oppgavens hensikt, er av høy kvalitet samt er i fra Norge. Jeg er imidlertid bevisst på at enkelte av artiklene er av eldre karakter, noe som kan være en svakhet.

Kvalitetssikring og analyseprosessen var en tidskrevende og spennende prosess. En styrke i oppgaven er at prosessen er utført grundig og strukturert, noe jeg mener har sikret troverdige resultat. At oppgaven er skrevet individuelt kan anses som en svakhet - det har gitt manglende mulighet å diskutere synspunkt. Det individuelle arbeidet har imidlertid gitt meg full oversikt, samt god innsikt og forståelse for hver enkelt artikkel. Å stå alene gjennom en slik prosess kan være kilde til både styrke og svakhet.

En faktor som kan påvirke oppgaven er at åtte av ti artikler er skrevet på engelsk. Jeg har tilstrebet å tolke funnene så presist som mulig, men det vil alltid være en risiko for feiltolking grunnet vanskelige formuleringer og engelsk fagterminologi. Sitater fra artiklene ble beholdt på engelsk for at teksten ikke skulle miste sin særegne betydning.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### *5.2.1 Å støpe en grunnmur*

Psykiatrisk sykepleie skiller seg en del fra å behandle pasienter med somatiske lidelser. Kontaktforholdet mellom sykepleier og pasient er ofte mer intenst og langvarig, og den terapeutiske alliansen spiller en sentral rolle for å lykkes med behandlingen (Krogh,2002). Å etablere en allianse omtales som en forutsetning for å lykkes i behandling av mani (Hummelvoll,2012). Sett opp imot funn fra litteraturstudien kan man se en klar sammenheng. Samtlige studier som belyser sykepleiernes erfaring med grensesetting viser at et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient, basert på tillitt, tilstedeværelse og respekt, er fundamentalt for å lykkes (Daggenvoorde mfl.,2015; Maquire mfl.,2014; Kontio mfl.,2010; Björkdahl mfl.,2010; Hem mfl.,2008; Goossens mfl.,2007; Vatne og Fagermoen,2007; Karlsson,2005). Daggenvoord mfl. (2015), Hem mfl. (2008) og Karlssons (2005) resultater viser at sykepleier må forholde seg til hver enkelt pasient basert på han/hennes individuelle behov, likeså må tilnærmingen gjenspeile og tilpasses maniens symptom og alvorlighetsgrad. I en akuttpsykiatrisk kontekst vil sykepleier imidlertid ha redusert mulighet til å følge opp pasienten over tid. Krogh (2002) presiserer at sykepleier må etablere et kontaktforhold som er avpasset tidsaspektet, men som likevel er fast og stabilt den tiden det varer.

Ifølge Daggenvoorde mfl. (2015), Hem mfl. (2008), Goossens mfl. (2007) og Karlssons (2005) studier er samarbeid mellom sykepleier og den maniske en forutsetning for å etablere en relasjon. Det krever at sykepleier både inviterer til og er villig til å oppnå samarbeid. Å ta initiativ til kontakt og å fremtre imøtekommende omtales som betydningsfullt. Hummelvoll (2012) understøtter funnene, og presiserer at samarbeidet må ses på som et felles prosjekt med mål om å lindre lidelsen, ikke minst å hjelpe pasienten til å komme til rette med sin situasjon (ibid). Sykepleier må ha kjennskap til egen og andres

funksjon i behandlingsteamet, og for at samarbeidet mellom sykepleier og pasient skal være mer enn en frase, må det konkretiseres hva de ulike partene skal gjøre (Løkensgard,1995). Kortsiktige og langsiktige mål bør utformes, og generelt styrkes samarbeidet ved at ulike tiltak drøftes med pasienten. Den maniske må inkluderes i valg av tilgjengelige metoder, men et viktig prinsipp er at deltagelsen må tilpasses individets evne til å gi og ta imot informasjon (Hummelvoll,2012).

Kommunikasjon og dialog er tett knyttet opp mot samarbeid, det omtales som det vesentligste hjelpemiddelet i samarbeidet. Samtalen muliggjør at ærlighet og tillit kan etableres, men det krever både respekt, tilstedeværelse og lytting fra sykepleier (Daggenvoorde mfl.,2015; Hem mfl.,2008; Goossens mfl.,2007; Karlsson,2005). Karlsson (2005) presiserer at samtalen igangsetter en felles leting etter og bearbeiding av livsbruset. Ifølge Hummelvoll (2012) er maniske pasienter tilsynelatende lett å få kontakt med. Pasientene er ofte utadvendte og pratesalige, men samtidig er det lett å merke seg at stemningsleiet er forsert, at følelsene er labile og at han/hun har vansker med å kontrollere sin tankeverden. Å følge vedkommendes tankebaner er en utfordring. Et viktig trekk vil være å lytte til hva personen formidler både verbalt og non-verbalt – det handler om å sortere ordene og forstå meningen i hva han/hun forsøker å uttrykke (ibid). Dette kan knyttes opp imot det Martinsen omtaler som kunsten i sykepleie; Å benytte seg av den sanselige sykepleie. Sansing er å forstå, gjennom praktiske ferdigheter og sanselig nærværelse. Synet skaper oversikt og helhet gjennom sin avstandsskapende karakter, hørselen er mer lydig, den underordner seg det den hører. I kombinasjonen med de resterende sansene, skaper de en sanselig forståelse av situasjonen. Ifølge Martinsen er forståelse av den andres situasjon grunnleggende for å kunne handle omsorgsfullt (Martinsen, 1993).

Ifølge Daggenvoorde mfl. (2015) studie må kommunikasjonen tilpasses den maniske ”her og nå” behov. Ved enkelte anledninger innebærer det å kommunisere med korte og presise setninger, andre ganger dypere samtaler i et stille rom. Dette bekrefter Hummelvoll (2012), og hevder en ”her og nå” orientert kommunikasjon er nødvendig fordi oppmerksomheten lett distraheres. Korte og enkle setninger bidrar å fastholde samtalens tema (ibid). Forskning viser imidlertid til utfordringer knyttet til å skape god dialog, eksempelvis prater den maniske ofte høylytt og ”non-stop”, samtidig som de tolererer dårlig å bli avbrutt (Daggenvoorde mfl.,2015). Sinneutbrudd og protester trekkes frem som et annet

utfordrende element. Livsbruset i manien utfordrer de menneskelige likhetene og forskjellene i relasjonen mellom sykepleier og pasient (Hem mfl.,2008; Karlsson,2005). Ut i fra dette tenker jeg Hummelvolls (2012) tiltak kan være hensiktsmessig; Sykepleier må motivere pasienten til å lytte til hva som sies, og tilstrebe at pasienten får forståelse for konsekvensene av hans ytringer og væremåte. Det bør være fokus på hvordan følelser kan uttrykkes og håndteres.

I denne konteksten vil jeg trekke frem speiling av følelser – praksiserfaring har vist at metoden kan være svært effektiv. En følelsesrefleksjon kan være en øyeblikkelig respons på et non-verbalt uttrykk, eksempelvis ved å si ”jeg ser at du er sint” dersom pasienten har sammenbitt kjeve og knyttede never. I situasjoner hvor pasienten har behov for å bli sett og forstått kan speiling av følelser virke svært bekreftende. Ved å speile følelser med en aksepterende holdning vil det kunne åpne for følelsesmessig bearbeiding og refleksjon (Eide og Eide,2007).

Det kan være utfordrende å ikke la seg rive med av det impulserende kraftfeltet i manien. Et viktig trekk er likevel å ikke la seg rive med, å bevare roen samt å fremtre med sikkerhet - det vil ha en positiv effekt på pasientens angst og orienteringsevne (Hummelvoll,2012). Funn fra Goossens mfl. (2007) studie belyser også dette, og viser til at sykepleier må opptre rolig, støttende og nøytral, samtidig som hun viser seg som en tydelig og forutsigbar person. Å være tydelig kan innebære å tørre å være uenig med pasienten, og begrunne det kortfattet. Forutsigbarhet kan skapes ved at det er overensstemmelse mellom løftene sykepleier gir, og handlingene hun faktisk utfører. Det må være samsvar mellom disse, nettopp fordi mistillit til verden er en del av problematikken (Hummelvoll,2012).

Til tross for at alliansens betydning kommer tydelig frem både gjennom faglitteratur og forskning, viser enkelte studier til bekymringsverdige funn: Manglende relasjonelle ferdigheter hos enkelte sykepleiere. Vatne og Fagermoen (2007) viser i sin kvalitative studie til at å støtte, skape tillit og bekrefte pasienten først og fremst fantes som et ideal. Sykepleierne viste manglende evne til å danne gode relasjoner, mye fordi de ikke mestret å skape dialoger og ivareta pasientens autonomi. Andre studier viser at personlige egenskaper og holdninger er av betydning for sykepleieres relasjonelle ferdigheter (Hem mfl.,2008; Larsen og Terkelsen,2013). Resultatene kan tyde på manglende kunnskap blant

sykepleierne, eventuelt kan forklaringen være dårlige holdninger eller mangel på samsvar mellom kunnskap og faktiske handlinger. Uavhengig av årsak, er konsekvensene uheldige. Ifølge Karlssons (2005) pasientstudie er manglende anerkjennelse, bekreftelse og situasjonsforståelse et uttrykk for mangelfull omsorg. Pasientene opplevde at de dårlige relasjonene medførte ytterligere lidelse.

### *5.2.2 Sykepleier som terapeutisk festbrems*

Forskning viser at agitasjon, aggresjon, forhøyet aktivitetsnivå og liten innsikt i eget sykdomsbilde gjør grensesettende tiltak overfor maniske pasienter nødvendig (Daggenvoorde mfl.,2015; Hem mfl.,2008; Goossens mfl.,2007). Det kan forstås som at pasientens *ego* er mangelfull, personen mangler kontroll over egen adferd. Sykepleiers oppgave blir å opprettholde grenser pasienten normalt ville hatt dersom han ikke var manisk - sykepleier må utøve et vikarierende *ego* (Strand,1990). Med bakgrunn i funn fra litteraturstudien kan man si det overordnede målet med grensesetting er å skape trygghet, struktur og sikkerhet for både pasienter og personale (Daggenvoorde mfl.,2015; Maquire mfl.,2014; Björkdahl mfl.,2010; Goossens mfl.,2007; Vatne og Fagermoen,2007). Funnene kan ses i sammenheng med Hummelvolls (2012) fremstilling. På den ene siden er grensesetting en nødvendig faktor knyttet til den individuelle pasients behov, på den andre siden handler det om fellesskapsverdier man ønsker skal gjennomsyre et godt postmiljø (ibid).

Strand (1990) viser til fire ulike umiddelbare hensikter som er naturlig å trekke inn i denne konteksten: Sikkerhet, struktur, læring og beskyttelse mot stigmatisering og blamering. Samlet skal punktene bidra til å nå det overordnede målet som tilsier at pasienten lever et tilfredsstillende liv i sosialt fellesskap. Daggenvoorde mfl. (2015) studie poengterer også dette, og viser til at hensikten med grensesetting i hovedsak handler om å begrense sosialt uakseptabel adferd. Grensesetting inkluderer derfor i stor grad tilbakemelding på adferd – pasienten må få instruksjoner på hva som er akseptabel adferd, og hva som ikke er det. Samtidig inkluderer det råd om hvordan han/hun skal kunne oppnå balanse mellom aktivitet og hvile, og det inkluderer å tilrettelegge for et rolig miljø (ibid).

Ifølge Hummelvoll (2012) ligger utøving av grensesetting i spenningsfeltet mellom ytrestyrt kontroll (begrensning) og vekst (avgrensning, struktur og innsikt). Flere studier

belyser også dette, og et gjennomgående funn er at tilnæringsmetode ved grensesetting er av stor betydning. Å anerkjenne pasientens følelser, vise respekt og medfølelse, samt forbli troverdig omtales som nødvendige faktorer for å lykkes (Daggenvoorde mfl.,2015; Maquire mfl.,2014; Björkdahl mfl.,2010; Hem mfl.,2008; Karlsson,2005). Dette er i samsvar med Vatnes (2006) fremstilling. Hun viser til at tilnærmingen avgrensning bør være dominerende, dette for å kunne opprettholde overordnede verdier som respekt og likeverd i et behandlingsforhold. Det handler om å behandle individet som et subjekt. Pasientens atferd må betraktes som indre prosesser, og i stedet for å påpeke og begrense, bør sykepleier forsøke å nærme seg personen ved undring. Det handler om å forstå pasientens verden ut i fra han/hennes ståsted, noe som vil bidra til å opprettholde pasientens autonomi i situasjonen (ibid). Som Martinsen (2003) påpeker, omsorgen er ekte dersom sykepleier makter å anerkjenne vedkommende som person. Det handler om å forstå den andres situasjon. Gjensidighet er et viktig stikkord, utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon.

Daggenvoorde mfl. ( 2015), Maquire mfl. (2014) og Hem mfl. (2008) beskriver betydningen av å forklare pasienten hvorfor grensene settes . Pasienten må bli engasjert i prosessen, han må bli sett på som en aktiv deltaker. Strand (1990) understøtter funnene, men poengterer samtidig at begrunnelsen må være klar, tydelig og gis i korte ordelag. Et viktig prinsipp er å ikke invitere til potensiell diskusjon. For å sette det i perspektiv, ønsker jeg å vise til et eksempel hvor sykepleier forsøkte å begrense en pasients taleflom: ”*Du behøver ikke si så mye. Vi har ikke krav på å vite alt (Strand,1990,s.91)*”. I etterkant, på tomannshånd, valgte sykepleier å forklare årsaken til uttalelsen (ibid). Ut i fra mine betraktninger bremsset sykepleier taleflommen på en medmenneskelig og ivaretakende måte, samtidig som hun ikke innledet til diskusjon. Hennes kommunikasjon var også tydelig og presis, noe som kan bidra til å opprettholde den maniske pasients oppmerksomhet (Hummelvoll,2012).

Resultat fra litteraturstudien viser at den anerkjennende tilnæringsmetoden ofte kombineres med en mer korrigerende tilnæringsmetode. Vatne og Fagermoens (2007) studie viser at den korrigerende tilnæringsmåten var dominerende ved grensesetting. Virkelighetsorientering var en mye brukt metode, men også ignorering, distrahering og forhandling med pasienten. Dette ble ofte kombinert med belønning, tap av privilegier og sanksjoner, og omtales som en form for skjult tvang. Resultat viser at den skjulte tvangen

medførte et asymmetrisk sykepleie-pasient forhold. Dette kunne medføre at pasientene ble fornærmet, ydmyket, følte seg nedverdige eller opplevde mangel på kontroll (ibid). Funnene er i strid med med Strands (1990) fremstilling, som viser til at grensesetting *alltid* skal være terapeutisk. Den skal sikte mot det bekreftende, den skal sikte mot økende autonomi for pasienten. Konsekvensen av å benytte metoden som et mål i seg selv, eller som automatiske, ureflekterte reaksjoner kan være et dehumanisert avdelingsmiljø (Hummelvoll,2012).

Det er en balansekunst å anerkjenne pasienten som person, og samtidig korrigere adferden (Vatne,2006). Som sykepleierne i Maquire mfl. (2014) uttaler; det er nødvendig å være konsistent, men det må kombineres med å fremtre rettferdig og respektfullt. Også Björkdahl mfl. (2010) belyser dette. De viser til at makt i enkelte situasjoner er nødvendig for å forhindre at situasjoner eskalerer, men presiserer at det krever både god kunnskap, faglig bevissthet og mot. I denne sammenheng er det naturlig å trekke inn det Martinsen (2003) omtaler som moralsk ansvarlig maktbruk. Makt og avhengighet preger forholdet mellom mennesker – moralen er sentral i forvaltningen av makt og avhengighet. Ifølge Martinsen er moral måten sykepleiere er tilstede og viser omsorg i sitt arbeid og sine handlinger. Moralsk ansvarlig maktutøvelse brukes ut i fra solidariteten med den svake, den vises gjennom engasjement og evne til å identifisere seg med andre. For å kunne identifisere seg, kan man eksempelvis tenke seg at rollene var ombyttet. Som Strand (1990) trekker frem vil mange pasienter oppleve grensesetting som omsorgsfullt ved for eksempel ukritisk atferd, det signaliserer tross alt det motsatte av likegyldighet. Moralsk sensitivitet er imidlertid en forutsetning for å kunne oppnå etisk forsvarlig praksis omkring konfliktfylte situasjoner. Moralsk sensitivitet bidrar til å kunne handle med empatisk forståelse for individets behov og situasjon (Hummelvoll,2012).

Flere sykepleiere stiller seg kritiske til en autoritær tilnæringsmåte, de mener det vil kunne trigge både aggresjon og protester (Maquire mfl.,2014; Larsen og Terkelsen,2007; Hem mfl.,2008). Andre mener derimot at å være streng og ha en autoritær holdning er nødvendig. Et av argumentene var at pasientene ikke skulle ”overta” makten (Larsen og Terkelsen,2013; Kontio mfl.,2010). Men er det virkelig slik at en autoritær tilnæringsmåte er nødvendig? Vatne (2006) stiller seg kritisk til denne type tilnærming. Hun hevder en autoritær tilnæringsmåte ved grensesetting skaper konflikter, påvirker den terapeutiske relasjonen i negativ forstand, ikke minst medfører vanskelige følelser for både



sykepleier og pasient. Grensesettingen kan oppleves som en maktutøvelse eller som straff – det kan medføre krenkelse for pasienten. Med krenkelse mener Vatne (2006) opplevelse av smerte og skam, en opplevelse som kan medføre motreaksjoner som sinne og utagering. Ut i fra dette er det naturlig å tenke at en autoritær tilnæringsmåte kan virke antiterapeutisk. Men som Strand (1990) påpeker, autoritet på sin side er nødvendig ved grensesetting. Det er imidlertid snakk om den legitime autoriteten. Den legitime autoriteten bygger på saksprinsipper og faglig kompetanse, sykepleier kan begrunne og argumentere hvorfor grensene settes. Ikke minst er den dialogisk, etisk forsvarlig og menneskevennlig. Først da vil det være mulig å kunne skape en allianse mellom sykepleiers ego, og et sunnere aspekt av pasientens ego (ibid).

Forskning utført av Hem mfl. (2008) presiserer at det ikke finnes en enkel eller absolutt sannhet for hvordan grensesetting bør utøves. Et viktig prinsipp er imidlertid at enhver metode må være underlagt person og situasjon (Strand, 1990). Dette kommer også frem i Karlssons (2005) studie – sykepleierne omtaler en individualisert og spesifikk tilnærming som nødvendig. Resultat fra Daggenvoorde mfl. (2015) og Goossens (2007) studier viser til at utforming av individuelle pleieplaner kan være et nyttig hjelpemiddel i denne sammenheng. Planen kan eksempelvis beskrive spesifikke grenser eller omsorgsbehov. Ifølge Strand (1990) kan individuelle avtaler og dags- og ukeplaner skape forutsigbarhet for pasienten, ikke minst gi en opplevelse av trygghet og struktur. Hun hevder planene til en viss grad kan forebygge uheldig adferd (ibid).

### *5.2.3 Å beskytte pasienten mot seg selv, eller beskytte andre mot pasienten ?*

Ifølge psykisk helsevernlov (1999, §4.3) kan den faglig ansvarlige på posten avgjøre at en pasient skal bli helt eller delvis skjermet dersom pasientens adferd eller tilstand tilsier at det er nødvendig. Skjerming omtales av Aarre mfl. (2009) som den mest effektive behandlingen ved mani, ved siden av medikamenter. Å begrense stimulusnivået er særlig viktig i den akutte fasen fordi personen er både sensibel, overaktiv og kaotisk (ibid). Flere studier bekrefter dette, og viser til at metoden er hyppig benyttet ovenfor maniske pasienter innlagt på akuttpsykiatrisk enhet. Skjerming omtales som et nødvendig ledd for å begrense stimuli og dempe livsbruset, men å redusere sikkerhetsrisikoen på avdelingen trekkes frem som et annet argument (Daggenvoorde mfl., 2015; Goossens mfl., 2007; Karlsson, 2005). Sett fra en annen side er skjerming et vesentlig inngrep i individets frihet,

det kan oppleves som både straff og tap av autonomi (Hummelvoll,2012). Dette belyses også i Norvoll mfl. (2015) litteraturgjennomgang. Resultat viser at både formell og uformell bruk av tvang benyttes for å opprettholde skjermingen. Følelsen av tvang viser seg samtidig og oppleves sterkere enn behandlingstenkningen tilsier. Ifølge Hummelvoll (2012) vil det alltid være et spenningsforhold mellom autonomiprinsippet og sykepleiers ansvar for pasientens velferd, og i denne sammenheng er det naturlig å trekke inn det Martinsen (2005) omtaler som svak paternalisme. Svak paternalisme innebærer at sykepleier innehar en fagkunnskap pasienten ikke har – sykepleier er i vanskelige situasjoner fordret til å ta avgjørelser som vil gagne pasienten. Det faglige skjønnet må imidlertid være styrende. Engasjement og sensitivitet for den andres velbefinnende er essensielt for å hindre paternalistisk maktutøvelse, det er nødvendig for å ivareta tilliten mellom partene (Martinsen, 2005). Satt opp imot bruk av skjerming og tvang kan resultat fra Kontio mfl. (2010) studie være en nyttig pekepinn. Pasientrelaterte etiske prinsipp som respekt, verdighet, medvirkning og sikkerhet må vurderes opp imot sikkerhet på avdelingen, velferd og terapeutisk atmosfære. Et kritisk sinn er nødvendig for å forstå hvorfor tvang i enkelte situasjoner er nødvendig, men også for å unngå bruk av tvang der det er mulig (Kontio mfl.,2010; Björkdahl mfl.,2010).

Karlsson (2005) viser i sin studie til at skjerming gir åpenbare konsekvenser for samarbeidet mellom sykepleier og pasient i form av kamp, mistillit og tap av verdighet hos pasienten. Bruk og opprettholdelse av tvang utfordrer de fysiske og psykiske begrensinger av muligheter til personlig utfoldelse og autonomi. Norvoll mfl. (2015) viser på sin side til at pasientene har blandede erfaringer med bruk av skjerming. Positive behandlings- og omsorgselementer er trygghet ved personalets nærvær, fast personalkontakt, ro og god hjelp til å få dekket sine behov. Andre forteller at metoden gir økt angst, tankekaos, klaustrofobi og selvmordstanker. Dette spenningsforholdet i resultatet tydeliggjør prinsippet om at pasienten skal ha medvirkning i hvordan metoden gjennomføres, skjermingen må i størst mulig grad samsvare med individets ønsker og behov (Hummelvoll,2012). Dette er også i tråd med med pasient- og brukerrettighetsloven (1999,§3-2 3-3 ) som sier at helsepersonell er forpliktet til å utføre helsehjelpen på en måte som sikrer pasientens rett til informasjon, rett til å uttale seg og rett til medvirkning i behandlingen. Et viktig prinsipp vil være at indikasjonen for skjerming hviler på en fortløpende dialog med pasienten (Hummelvoll,2012).

Karlssons (2005) og Norvoll mfl. (2015) resultater tydeliggjør også prinsippet om å tilstrebe et terapeutisk miljø under skjermingen. Estetikken og funksjonaliteten på skjermingsenheten må balansere sikkerhet med trivsel, eksempelvis i form av nøytrale farger, lavt støynivå og myk og indirekte belysning (ibid). Tilnæringsmetode er på lik linje med annen type grensesetting av stor betydning (Strand,1990), og ifølge Norvoll mfl. (2015) er militante kommunikasjonsformer og lite anerkjennende tilnæringsformer uheldig, det vil forsterke opplevelsen av tvang. Som Hummelvoll (2012) presiserer må pasienten bli møtt med respekt, det må skapes forutsigbarhet for hva som skal skje og det må være mulighet for at vedkommende kan utføre passende aktiviteter. Sykepleier må opptre rolig, og ikke minst tilstrebe å tolke pasientens behov. En tilstrekkelig situasjonsoversikt er nødvendig for at pasienten skal kunne sortere inntrykk, tanker og impulser - sykepleier har en viktig brobyggerfunksjon mellom den ytre virkelighet og pasientens indre kaos (ibid). Et annet viktig element er ifølge Strand (1990) at pasienten får en oversikt over *hvem* som har ansvaret *når*. Det bør være godt kvalifiserte sykepleiere, og vedkommende bør få oversikten skriftlig nedfelt på papir. Veggklokke og kalender kan være et nyttig hjelpemiddel å gi pasienten for å skape oversikt (ibid).

Ifølge Norvoll mfl. (2015) opplever personalet dilemmaer knyttet til skjerming av pasienten. Stor kontroll og maktbruk, rigiditet og vokterrolle samt hyppig misnøye og verbal eller fysisk protest fra pasientene gir stort behov for etisk refleksjon – et spenningsforhold mellom behandling og kontroll blir trukket frem. Maquire mfl. (2014), Kontio mfl. (2010) og Vatne og Fagermoens (2007) studier viser til at aktiv og bevisst refleksjon omkring personalets tilnæringsmetoder er nødvendig for å få forståelse av pasientens adferd, ikke minst for å bli bevisst på konsekvenser av egen praksis. Det omtales som nødvendig for å kunne vurdere forbedringspotensial og alternative tilnæringsmetoder. Dette står i sammenheng med Martinsens fremstilling, hun hevder omsorg som konkret handling krever begrunnelse. Det handler om at sykepleier må gjøre faglige og etiske vurderinger av situasjonen (Martinsen,2003). Som Buus (2009) presiserer, det er ikke nok å følge dagens rutiner, vaner og gjeldende moral. Sykepleiers innstilling må baseres på å kunne endre forståelse av egen praksis og profesjonalitet. Det krever aktiv og bevisst refleksjon omkring de normer og verdier arbeidet hviler på (ibid)

## **6.0 Konklusjon**

Å ivareta pasienter i manisk fase viser seg å kreve en rekke ferdigheter både av den enkelte sykepleier og av teamet som helhet. Omsorgen og behandlingen må tilpasses den individuelle pasients behov, ikke minst maniens symptom og alvorlighetsgrad. Resultatet viser at grensesetting er en nødvendig intervensjon for å sikre trygghet, sikkerhet og struktur for både pasienter og personale. Tilnærming ved grensesetting viser seg å spille en sentral rolle; Å anerkjenne pasientens følelser, vise respekt og medfølelse samt forbli troverdig omtales som betydningsfulle faktorer for å lykkes. Sentralt er derfor å etablere en terapeutisk allianse basert på tillit, tilstedeværelse og respekt. Samarbeid er her et nøkkelbegrep, hvorav dialog og kommunikasjon omtales som det vesentligste hjelpemiddelet. En forutsetning for å oppnå ønskede resultater er at pasientene forstår hvorfor grensene settes – de må engasjeres i prosessen. Å være konsistent er nødvendig, men det må kombineres med å fremtre rettferdig og respektfullt. Betydningen av å opptre rolig, sikker og nøytral er et annet viktig element. Å ikke la seg rive med av kraftfeltet i manien kan ha positiv effekt på pasientens angst og orienteringsevne.

Intervensjonen basert på anerkjennelse viser seg å kombineres med en mer korrigerende tilnæringsmåte. Motstridende meninger oppsto hvorvidt en autoritær stil er hensiktsmessig. Hovedfunn viser imidlertid at det er uheldig – det vil trigge aggresjon og protester, ikke minst kunne medføre ydmykelse for pasienten. Skal sykepleier kunne ivareta pasientens integritet i situasjonen, handler det i stor grad om å korrigere adferden på en anerkjennende måte.

Et spenningsforhold oppstår mellom behandling og kontroll, særlig knyttet til skjerming som behandlingsmetode. Å aktivt og bevisst reflektere over personalets tilnæringsmetoder viser seg å være nødvendig for å forstå pasientens adferd, ikke minst for å bli bevisst på konsekvenser av praksis. Refleksjonsprosessen er betydningsfull for å kunne vurdere forbedringspotensial og alternative tilnæringsmetoder.

### **6.1 Forslag til videre forskning**

Å utvikle en helhetlig teori om grensesetting innen akuttpsykiatrien er et viktig tema for fremtidig forskning. Det kunne vert interessant å granske hvordan maniske pasienter

opplever intervensjonen, for deretter å analysere resultatene separat og i parallell med ansattes synspunkt.

## **Litteraturliste**

Aarre, B., Bugge, P. og Juklestad, S.I. (2009). *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Björkdahl, A., Palmstierna, T. og Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 17 (6), s. 510-510.

Buus, N. (2009). *Psykiatrisk sygepleje*. København: Nyt nordisk forlag

Daggenvoorde, T., Geerling, B. og Goossens, P.J.J. (2015). A qualitative study of nursing care for hospitalized patient with acute mania. *Archives of psychiatric nursing*. 29 (3), s. 186-191.

Eide og Eide. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*. 20 (2), s. 22-26.

Forsberg og Wengström. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation*. 3. utg. Stockholm: Natur & Kultur akademisk

Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner. *Forskrift 15. desember 2006 nr. 1085 om forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet*.

Goossens, P.J.J., Achterberg, T.V. og Knoppert-van der Klein, E.A.M. (2007). Nursing processes used in the treatment of patient with bipolar disorder. *International journal of mental health nursing*. 16 (3), s. 168-177.

Helsedirektoratet. (2012). *Bipolar lidingar* [Internett]. Nasjonale faglige retningslinjer, IS-1925. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/bipolare-lidingar/forord> [Lest 03. februar 2016].

Hem, M.H., Nortvedt, P. og Heggen, K. (2008). "Only a manic depressive!": The zone of the untouchable and exceeding limits in acute psychiatric care. *Research and theory for nursing practice*. 22 (1), s. 56 – 77.

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

Jamison, K.R. (1996). *Mitt urolige sinn*. Oslo: Hjemmets bokforlag

Karlsson, B. (2005). Mani som livsbrus og et psykiatrisk problem – omsorgens dilemmaer i en akuttpsykiatrisk kontekst. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*. 7 (1), s. 3.13.

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. og Joffe, G. (2010). Patient restriction: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing ethics*. 17 (1), s. 65-76.

Krogh, G.V. (2002). *Begreper i psykiatrisk sykepleie. Sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. Bergen: Fagbokforlaget

Kunnskapscenteret. (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler* [Internett]. Oslo: Kunnskapscenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler> [Lest 29. januar 2016].

Larsen, I.B. og Terkelsen, T.B. (2013). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing ethics*. 21 (4), s. 426 – 436.

- Løkensgard, I. (1995). *Psykiatrisk sykepleie*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Maguire, T., Daffern, M. og Trish, M. (2014). Exploring nurses and patients perspectives of limit setting in a forensic mental health setting. *International journal of mental health nursing*. 23 (2), s. 153 – 160.
- Martinsen, K. (1993). *Fra marx til lögstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: TANO
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe
- Norsk senter for forskningsdata. (2016). *Publiseringskanaler* [Online]. Bergen: Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> [Lest 10.februar 2016].
- Norvoll, R., Ruud, T., og Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 135 (1), s. 35-39.
- Pasientrettighetsloven. Lov av 2. Juni 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.
- Psykisk helsevernlov. Lov av 2. Juni 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Ad notam gyldendal
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk



Vatne, S. og Fagermoen, M.S. (2007). To correct and to acknowledge: Two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 14 (1), s. 41-48.

### Vedlegg 1 Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Bipolar disorder AND mania * AND hospitalized patient * AND nursing	28/12	PsychINFO	3113 41 1	0 11 0	0 3 0	0 1 (Artikkel 1) 0
Bipolar disorder AND mania AND nursing	28/12	PsychINFO	6	0	0	0
Mania AND nursing	28/12	PsychINFO	12	4	1	0
Bipolar disorder AND nursing	28/12	PsychINFO	29	8	3	0
Bipolar disorder AND mania AND integrity	02/01	PsychINFO	39	0	0	0
Bipolar disorder AND mania AND dignity	02/01	PsychINFO	0	0	0	0
Mania OR bipolar disorder AND limit setting	02/01	PsychINFO	0	0	0	0
Mental health nursing AND limit setting	02/01	PsychINFO	1	1	1	1 (Artikkel 8)
Mania AND inpatient AND approach	09/01		2	1	0	0
Bipolar disorder AND mania AND nursing intervention	09/01		0	0	0	0
Mania AND coercion	09/01	PsychINFO	3	2	0	0
Psychiatric ward AND coercion	09/01	PsychINFO	9	7	4	1 (Artikkel 9)
Open-area seclusion	16/01	PsychINFO	0	0	0	0
Bipolar disorder AND mania * AND hospitalized patient * AND nursing	09/01	PubMed	9226 177 5	0 0 2	0 0 2	0 0 0
Mania AND hospitalized patient AND approach	09/01	PubMed	6	3	1	0
Bipolar disorder AND mania AND nursing *AND approach	09/01	PubMed	168 20	0 8	0 5	0 1 (Artikkel 4)
Mania AND limit setting	09/01	PubMed	3	0	0	0

Mental health nursing AND limit setting	09/01	PubMed	10	7	4	1 (Artikkel 10)
Open-area seclusion	16/01	PubMed	1	1	1	1 (Artikkel 7)
Mania	28/12	Norart	6	3	3	1 (Artikkel 2)
Grensesetting Limit setting	28/12	Norart	1 0	0 0	0 0	0 0
Bipolar disorder AND mania AND nursing	10/01	CINAHL	9	4	4	2 (Artikkel 5 og 6)
Mania AND limit setting	10/01	CINAHL	0	0	0	0
Mania AND bipolar disorder AND approach	10/01	CINAHL	11	4	2	0
Bipolar disorder OR mania AND hospitalized patient	10/01	CINAHL	12	7	4	0
Bipolar disorder AND nursing interventions	10/01	CINAHL	9	4	3	
Mental health nursing AND limit setting	10/01	CINAHL	0	0	0	0
Alternatives to seclusion	16/01	CINAHL	9	5	4	1 (Artikkel 3)

## Vedlegg 2 Kvalitetssikring kvalitativ forskning

Artikler:	1	2	3	4	5	8	9	10
➤ Er formålet med studien klart formulert?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
➤ Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen ?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
➤ Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen ?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
➤ Er utvalget hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
➤ Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført ?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
➤ Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
➤ Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
➤ Er etiske forhold vurdert?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
➤ Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
Summering av ”Ja”:	9/9	7 ½/9	9/9	9/9	8 ½/9	9/9	9/9	8 ½ /9

**Vedlegg 3 Kvalitetssikring oversiktsartikler**

Artikler:	6	7
➤ Er formålet med oversikten klart formulert?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
➤ Søkte forfatterne etter relevante typer studier ?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
➤ Er det sannsynlig at viktige og relevante enkeltstudier er funnet?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
➤ Er kvaliteten på de inkluderte artiklene tilstrekkelig vurdert ?	<b>Ja</b> <b>Nei</b>	<b>Ja</b> <b>Nei</b>
➤ Dersom metaanalyse ble benyttet, var det fornuftig ?	(Metaanalyse ble ikke benyttet)	(Metaanalyse ble ikke benyttet)
➤ Er resultatene tydelige, forståelige og presise?	<b>Ja</b> Nei	<b>Ja</b> Nei
Summering av ” <b>Ja</b> ”:	4 ½ /5	4 ½ / 5

#### Vedlegg 4 Litteratormatriser

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/Funn/Diskusjon	Relevans
<p>Daggenvoorde, T., Geerling, B. og Goossens, P.J.J. (2015). A qualitative study of nursing care for hospitalized patient with acute mania. <i>Archives of psychiatric nursing</i>, 29 (3), s. 186-191.</p> <p>Artikkel 1</p>	<p>Hensikten med studien var å få mer kunnskap om sykepleie til mennesker i en manisk fase. Formålet var å kartlegge problem, ønsket resultat og sykepleieintervensjoner som gir seg til kjenne i løpet av sykehusinnleggelsen.</p>	<p>Bipolar disorder</p> <p>Acute mania</p> <p>Hospitalized patient</p> <p>Nursing care</p>	<p>Kvalitativ metode. Deltakerne i studien besto av totalt 22 sykepleiere, 12 kvinner og 10 menn. Sykepleierne kom fra 6 ulike lukkede psykiatriske avdelinger i Nederland. Alle deltagerne deltok i den daglige omsorgen på avdelingen, samt spilte en aktiv rolle i utforming av omsorgsplaner.</p> <p>Semistrukturerte intervjuer ble utført med de enkelte sykepleierne, samt 3 fokusgruppeintervjuer i etterkant. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert.</p> <p>Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet. Resultatene ble lest gjennom flere ganger, før resultatene ble kodet individuelt og videre sammenlignet. Resultatet ble kategorisert i hovedtemaer, og noe ble videre ført inn i tabell.</p>	<p>Å ivareta denne pasientgruppen krever en rekke ferdigheter både av den enkelte sykepleier og av teamet som helhet. God mellommenneskelig kontakt med pasienten, og å anerkjenne hans nåværende følelser, blir rapportert som å være avgjørende for å lykkes med grensesetting, for å oppnå en stabil døgnrytme, samt for å oppnå god kommunikasjon med pasienten.</p> <p>Grensesetting blir omtalt som en viktig intervensjon. Å kommunisere med korte og presise setninger, samt forbli troverdig, omtales som viktig. Pasientens egne styrker må være utgangspunktet. Bruk av stille rom (skjerming) er nyttig for å begrense stimuli og for å oppnå god balanse mellom aktivitet og hvile.</p> <p>Å jobbe i team og ha mulighet til å reflektere over både opplevelser og reaksjoner er betydningsfullt.</p>	<p>Artikkelen belyser adferd hos den maniske som gjør grensesettende tiltak nødvendig, et relevant resultat for å oppnå forståelse for nødvendigheten av intervensjonen.</p> <p>Deltakende sykepleiere viser også til hvordan metoden bør benyttes for å lykkes. Spesifikke tiltak blir trukket frem, funn som spiller en sentral rolle mot oppgavens problemstilling.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/Funn/Diskusjon	Relevans
<p>Karlsson, B. (2005). Mani som livsbrus og et psykiatrisk problem – omsorgens dilemmaer i en akuttpsykiatrisk kontekst. <i>Norsk tidsskrift for sykepleieforskning</i>. 7 (1), s. 3.13.</p> <p>Artikkel 2</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive hvordan mani kan forstås som både livsbrus og psykiatrisk problem, samt hvilke dilemmaer dette kan reise i utøvelsen av omsorg i en akuttpsykiatrisk kontekst.</p>	<p>Akuttpsykiatri</p> <p>Erfaringsbasert kunnskap</p> <p>Mani</p> <p>Pasienterfaringer</p> <p>Psykiatrisk sykepleie</p>	<p>Kvalitativt, eksplorativt, deskriptivt design.</p> <p>Data er innhentet fra et forskningsarbeid bestående av to delstudier fra en akuttpsykiatrisk avdeling i Norge: Pasientstudie og personalstudie. Individuelle intervjuer ble utført i pasientstudien, mens 5 fokusgruppeintervjuer ble utført i personalstudien.</p> <p>Totalt deltok 11 personale (8 sykepleiere, 2 psykiatriske hjelpepleiere, 1 assistent) og 11 pasienter med gjennomsnittlig 10 innleggelses ved akuttposten.</p> <p>Intervjuene ble transkribert og tatt opp på bånd.</p> <p>Intervjuene ble analysert med bakgrunn i en hermeneutisk analysemodell i fire trinn.</p>	<p>Livsbruset peker mot tallrike nyanser og tvetydige opplevelser av mani som livsbrus og psykiatrisk problem, og tilsvarende dilemmaer i omsorgsutøvelsen. Opplevelser som lidelse, tomhet og tristhet kan være tilstede på samme tid som lyst, vitalitet og livsbrus.</p> <p>Resultat viser til betydningen av gode mellommenneskelige relasjoner. Respekt, tilstedeværelse og lytting fra sykepleier omtales som essensielt.</p> <p>Personalet blir utfordret i forhold til å måtte grensesette pasienten, og samtidig ivareta den mellommenneskelige relasjonen og tilliten som er etablert. En individualisert og spesifikk tilnærming er nødvendig.</p> <p>Samtalens plass og betydning er et sentralt funn både i pasient- og personalstudien. Fagpersoner omtaler samtalen som det viktigste hjelpemiddelet for godt samarbeid. Mangel på tid blir omtalt som et hinder.</p>	<p>Med bakgrunn i at innsikt i maniens fenomenologi og dynamikk er nødvendige komponenter for å lykkes med grensesetting, anser jeg artikkelen som svært relevant – den belyser det i stor grad.</p> <p>Deltakende sykepleiere trekker også frem dilemmaer som oppstår når livsbruset må dempes, og i denne settingen blir grensesetting som metode belyst. Sykepleiernes erfaringer omkring dette er betydningsfullt opp imot oppgavens problemstilling.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/Funn/Diskusjon	Relevans
<p>Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. og Joffe, G. (2010). Patient restriction: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? <i>Nursing ethics</i>. 17 (1), s. 65-76.</p> <p>Artikkel 3</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske sykepleiere og legers oppfatninger om hva som skjer når aggressiv adferd oppstår, og hvilke alternativer til isolasjon og tvang som benyttes i akutt psykiatrisk helsevern.</p>	<p>Acute psychiatric care</p> <p>Aggressive patient</p> <p>Inductive content analysis</p> <p>Patient restriction</p> <p>Restraint</p> <p>Seclusion</p>	<p>Kvalitativ pilotstudie. Data ble samlet inn gjennom fokusgruppeintervjuer. 4 fokusgrupper bestående av 3 grupper med sykepleiere og 1 gruppe med leger. Varigheten på intervjuene var 80-100 minutt.</p> <p>Totalt deltok 22 sykepleiere og 5 leger fra to ulike akutt psykiatriske avdelinger i Sør-Finland. Gjennomsnittlig arbeidserfaring var 22 år, og 52% av deltagerne var kvinner.</p> <p>Intervjuene ble transkribert.</p> <p>Data fra fokusgruppeintervjuene ble analysert ved hjelp av induktiv innholdsanalyse, en prosess som benyttes for systematisk og objektiv analyse av data.</p>	<p>Deltagerne beskrev behandling av aggressiv adferd som en beslutningsprosess før, under og etter bruk av isolasjon/ tvang. Pasientens beste vurderes opp mot medpasienters/ ansattes beste. Omtales som et etisk dilemma.</p> <p>Utfordrende adferd krever godt samarbeid i teamet som helhet. Støtte og tillit er viktige stikkord. Betydningen av refleksjonsprosesser belyses.</p> <p>Å være sammen med pasienten, skape dialog, gi ansvar og tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter og et rolig miljø er første trinn alternativ til skjerming/isolasjon. Betydningen av primærsykepleie kommer frem. Makt og myndighet overfor pasienter blir i enkelte situasjoner benyttet. Samarbeid og muntlige/skriftlige avtaler med pasienten omtales som nyttig.</p> <p>Felles kunnskap og felles erfaring i arbeidsteam er en kilde til både styrke og svakhet. Det synes å være et behov for mer strukturerte og evidensbaserte retningslinjer for forebygging og håndtering av aggressiv adferd.</p>	<p>Med bakgrunn i at utfordrende adferd som aggresjon er vanlig hos maniske pasienter er sykepleiernes erfaringer knyttet til det betydningsfull mot oppgavens problemstilling. Studien tar for seg alternativer til skjerming/isolasjon og bruk av tvang, samt hvilke vurderinger som gjøres før, under og etter – dette anser jeg som relevante funn.</p> <p>Etiske aspekter belyses og betydningen av refleksjonsprosesser kommer frem. Dette er nyttige funn, nettopp fordi intervensjoner som skjerming/isolasjon og bruk av tvang medfører store etiske dilemmaer.</p>



Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/Funn/Diskusjon	Relevans
<p>Björkdahl, A., Palmstierna, T. og Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses caring approaches in acute psychiatric intensive care. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i>. 17 (6), s. 510-510.</p> <p>Artikkel 4</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive sykepleiernes tilnærminger på akutt psykiatrisk intensiv avdeling.</p>	<p>Acute Caring Limit setting Conflicting values Psychiatric Violence</p>	<p>Kvalitativ studie. Data ble samlet inn ved hjelp av individuelle intervjuer med fokus på omsorgens tilnærminger. Totalt deltok 19 deltagere (10 sykepleiere og 9 hjelpepleiere) fra fire ulike akuttpsykiatriske avdelinger i Sverige. 10 kvinner og 9 menn deltok. Gjennomsnittlig arbeidserfaring var 25 år.</p> <p>Intervjuene ble transkribert ordrett.</p> <p>”Den fortolkende beskrivende metode” dannet grunnlaget for analysearbeidet. Resultat ble gruppert i hovedtemaer og undertemaer og videre ført inn i tabell.</p>	<p>Studien viser til at sykepleierne benytter seg av to hovedtilnærminger. Den ene beskrevet som konsistent omsorgsfull, den andre mer komplisert og med fokus på trygghet og sikkerhet.</p> <p>Den sensitive og observante tilnærmingen handler om å skape trygghet, tillit og nærhet gjennom et menneske – til – menneske forhold med pasienten. Pasienten blir sett på som en person sykepleierne ønsker å nå, skape innflytelse hos samt støtte ved måten han/hun opptrer. Betydningsfulle non – verbale teknikker er å lese pasientens signaler, kombinere avstand og nærhet samt kombinere verbal kommunikasjon og stillhet.</p> <p>Tilnærmingen som har fokus på trygghet og sikkerhet handler om å hindre pasienten fra å skade seg selv og andre, opprettholde orden og struktur, samt sikre at regler og rutiner blir overholdt. Betydningen av å arbeide i team blir omtalt som særlig viktig ved denne tilnærmingen. Kunnskap, faglig bevissthet og mot er fundamentalt, men også å reflektere over vanskelige hendelser i ettertid.</p> <p>De to ulike formene for tilnærming er knyttet tett sammen. Hvilken tilnærming som benyttes når avhenger av den individuelle pasients behov og/eller adferd.</p>	<p>Tilnærming ved grensesetting er av stor betydning for å kunne utøve metoden på en måte som er til hjelp både i øyeblikket og på lengre sikt. Studien belyser akkurat dette, og beskriver to ulike hovedtilnærminger som blir benyttet. Et relevant funn er også at tilnærmingmetodene er knyttet tett sammen, samt at studien tar for seg hensiktsmessige strategier for å kunne lykkes.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkel-	Metode	Resultat/Funn/Diskusjon	Relevans
<p>Hem, M.H., Nortvedt, P. og Heggen, K. (2008). "Only a manic depressive!": The zone of the untouchable and exceeding limits in acute psychiatric care. <i>Research and theory for nursing practice</i>. 22 (1), s. 56 – 77.</p> <p>Artikkel 5</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive manisk psykotiske pasienters skjøre grenser og behov for profesjonell hjelp. Studien tar for seg hvordan sykepleiere kan flytte inn i den ukrenkelige sonen og re-etablere grenser.</p>	<p>Manic depressive</p> <p>Psychotic patients</p> <p>Psychiatric nurses</p> <p>Setting limits</p> <p>Acute psychiatry</p>	<p>Kvalitativ studie med et etnografisk design. Data er hentet fra en akutt psykiatrisk avdeling i Norge. Studien har både et pasient- og sykepleieperspektiv.</p> <p>Data ble samlet inn over 30 uker, og er utført ved hjelp av feltobservasjoner og intervjuer. 5 pasienter og 6 sykepleiere deltok i studien.</p> <p>Analysen ble gjennomført som en serie av tre prosesser.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vurdering av begge standpunkt</li> <li>2. Data ble diskutert, studert i deler, studert som helhet og sammenlignet.</li> <li>3. Skriveprosessen.</li> </ol> <p>Fokus på kontraster i analyseprosessen.</p>	<p>Grensesetting er et viktig og vanskelig tema i psykiatrisk behandling og omsorg. Resultat fra studien belyser behovet for grenser hos maniske pasienter, da ukontrollerte handlinger medførte både sanksjoner og en opplevelse av uverdighet.</p> <p>Enkelte måter å grensesette pasientene på skapte tillit. Å ha en positiv innstilling, være respektfull og vise medfølelse og forståelse er av stor betydning. Tillit til personalet kan medføre at pasienten gjenvinner fatningen ved grensesettingen.</p> <p>Å grensesette med feil tilnærming kan trigge at pasienten protesterer, og dermed true integriteten.</p> <p>Studien tolker diagnostisk tilnærming som autoritær fordi det ikke gir pasienten rom for å motstå og korrigere oppfatningen av seg selv. Diagnoseorientering kan imidlertid også gi sykepleierne makt og evne til å overvåke pasientens manglende samsvar med egne grenser.</p>	<p>Studien tar for seg både positive og negative aspekter ved grensesetting og knytter dette direkte opp imot en manisk pasient. Tilnærming viser seg å spille en sentral rolle, ikke minst å være av stor betydning for pasientens reaksjoner på grensesetting. Sykepleiernes erfaringer omkring hensiktsmessige strategier er betydningsfullt for å kunne besvare oppgavens problemstilling.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/Funn/Diskusjon	Relevans
<p>Goossens, P.J.J., Achterberg, T.V. og Knoppert-van, E.A.M. (2007). Nursing processes used in the treatment of patient with bipolar disorder. <i>International journal of mental health nursing</i>. 16 (3), s. 168-177.</p> <p>Artikkel 6</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke sykepleieprosesser som benyttes overfor pasienter med bipolar lidelse.</p>	<p>Bipolar disorder</p> <p>Manic depressive psychosis</p> <p>Nursing care</p> <p>Integrated</p> <p>Delivery of health care</p>	<p>Review studie. Systematiske søk i databasene Psychlit, embase, cinahl, invert, cochrane controlled trials register og cochrane database of systematic review ble utført. Referanselister i relevante studier ble også gjennomgått.</p> <p>Tydelige inklusjon- og eksklusjonskriterier. Artikler som ikke omhandlet diagnosen, sykepleiers målsettinger, handling, intervensjoner eller en kombinasjon av disse ble ekskludert. Studien hadde ingen kriterier i forhold til design, både kvalitative og kvantitative artikler ble vurdert.</p> <p>1230 abstract ble lest av 2 forfattere separat, hvorav 80 ble inkludert for nærmere vurdering. Av disse ble 66 ekskludert pga. manglende relevans og/eller kvalitet.</p> <p>Totalt er 6 kvalitative og 5 kvantitative artikler inkludert. De resterende 13 er beskrivende rapporter.</p> <p>Resultatene sammenstilles i en beskrivende oppsummering samt er fremstilt i tabeller.</p>	<p>Gruppeterapi som inkluderer selvhåndtering og forståelse av egen sykdom, relasjon til seg selv og andre, håndtering av hverdagen samt å fungere i samfunnet bidro til bedre pasienttilfredshet hos inneliggende pasienter.</p> <p>En av de kvalitative artiklene viser til gode resultat av å benytte sykepleiestrategier overfor maniske pasienter innlagt på sykehus. Det handler om å danne en støttende sirkel rundt pasienten: Å gi inntrykk av trygghet/sikkerhet, støtte og struktur, sette grenser for å skape struktur, forutsigbarhet og sikkerhet, benytte hensiktsmessige kommunikasjonsstrategier samt å etablere relasjoner.</p> <p>Et effektivt tiltak for å håndtere manien er å begrense stimuli samt fremme etablering av et rolig og strukturert miljø.</p> <p>Ved skjerming/ isolasjon bør sykepleier opptre rolig, støttende og nøytral, men samtidig sikker, stabil og forutsigbar.</p> <p>Enkelte sykepleiere viser til gode erfaringer med å utforme pleieplaner i samarbeid med pasientene. Planen kan eksempelvis beskrive spesifikke grenser / omsorgsbehov.</p>	<p>Studien tar for seg hensiktsmessige sykepleiestrategier for å håndtere manien. Grensesetting og skjerming blir trukket frem som effektive tiltak, funn som er aktuelle mot oppgavens problemstilling.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/Funn/Diskusjon	Relevans
<p>Norvoll, R., Ruud, T., og Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. <i>Tidsskrift for den norske legeforening</i>. 135 (1), s. 35-39.</p> <p>Artikkel 7</p>	<p>Hensikten med studien var å foreta en gjennomgang av den norske skjeringstradisjonen. Målet var å beskrive faglig begrunnelse, praksis og effekt av metoden, dette for å kunne forstå metodens innhold og faglige legitimitet.</p>	<p>Skjerming</p> <p>Akuttpsykiatri</p> <p>Open-area seclusion</p>	<p>Review studie. Det ble utført søk i nasjonale og internasjonale databaser (Psychinfo, Pubmed, Cinahl, Ovid Nursing, British nursing index, cochrane-basen, bibsys) samt i norske fagtidsskrifter. Referanselister ble også gjennomgått for å identifisere sentrale norske bidrag.</p> <p>Tydelige inklusjon- og eksklusjonskriterier. 85 bidrag ble i første omgang inkludert, men etter ny vurdering av inklusjonskriterier og kvalitetsbedømming gjensto 61 bidrag. Disse besto av 42 generelle bidrag der skjering inngår implisitt som et element i et annet tema, 17 spesifikke bidrag hvor skjering er hovedtema, og 2 bidrag med både generelle og spesifikke aspekter.</p> <p>Resultatene sammenstilles i en beskrivende oppsummering. Sentrale norske bidrag legges også frem i tabell.</p>	<p>Resultat fra studien viser at skjering benyttes hyppig, særlig i akuttavdelinger. Skjerming blir forstått som en stimulusbegrensende og grensesettende metode, men i studier foretatt etter 2000 blir skjering hovedsakelig beskrevet som tiltak, metode eller intervensjon som skal benyttes overfor den individuelle pasient. Skjermingsmetoden skal bidra til orden på posten, skal bedre personalets arbeidsmiljø samt optimalisere mulighetene for å følge opp pasienten.</p> <p>Resultat viser at det i senere tid er blitt lagt mer vekt på anerkjennende og dialogbaserte tilnærminger ved skjering. Betydningen av brukermedvirkning og inkludering av pasientens ressurser fremheves.</p> <p>Det beskrives både formell og uformell bruk av makt for å overholde skjeringen. Opplevelsen av tvang ved skjering er generelt sterkere enn behandlingstenkningen tilsier. Følelsen av tvang forsterkes av militante kommunikasjonsformer og lite anerkjennende tilnærminger.</p> <p>Personalet beskriver at dilemmaer oppstår ved skjering av pasienter. Kontroll og maktbruk, rigiditet og vokterrolle samt misnøye og verbal/fysisk protest fra pasientene utgjør et spenningsforhold med stort behov for etisk refleksjon.</p>	<p>Med bakgrunn i at skjering er en vidtgående form for grensesetting er kunnskap om intervensjonen relevant for å kunne besvare oppgavens problemstilling. Studien viser til at metoden i stor grad benyttes i miljøterapien, og viser til både positive og negative aspekter ved behandlingsmetoden. Hensikten med skjering belyses, et element som er nyttig å ta med seg. Tilnæringsform viser seg å spille en sentral rolle, funn som kan underbygges også fra andre studier. Skjerming er et vesentlig inngrep i individets frihet – å innhente erfaring omkring metoden er derfor svært relevant for å kunne utøve intervensjonen på en mest mulig skånsom måte.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/Funn/Diskusjon	Relevans
<p>Vatne, S. og Fagermoen, M.S. (2007). To correct and to acknowledge: Two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i>. 14 (1), s. 41-48.</p> <p>Artikkel 8</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive sykepleieres erfaringer med bruk av grensesetting på en akuttpsykiatrisk avdeling, samt beskrive årsakene for å praktisere en slik tilnærming. Alternative terapeutiske tiltak er også beskrevet.</p>	<p>Mental health nursing</p> <p>Limit – setting</p> <p>Practical knowledge</p> <p>Rationality</p> <p>Psychiatric patient</p> <p>Actions science</p>	<p>Kvalitativ metode. Deltagerne i studien besto av 11 sykepleiere ved en middels stor akutt psykiatrisk avdeling i Norge. 8 av deltagerne hadde videreutdanning innen psykiske helse.</p> <p>Data ble samlet inn gjennom feltobservasjon, intervjuer, refleksjonsgrupper og skriftlige fortellinger. Studien foregikk over en periode på litt over 12 mnd.</p> <p>Intervjuene og refleksjonsgruppene ble tatt opp på bånd og transkribert.</p> <p>Hermeneutisk analysemodell ble benyttet. Metoden innebærer å systematisk strukturere og kode dataene fra de ulike datakildene, for så å dele de inn i hovedtemaer og undertemaer. I den endelige analysen ble data sammenlignet og analysert sammen (integrerende analyse).</p>	<p>To samtidige og motstridende perspektiver ble i denne studien avdekket: Å korrigere og å anerkjenne. Studien viser til at begge perspektiver i utgangspunktet skal være grunnlag for praksis. Perspektivet ”å anerkjenne” finnes imidlertid først og fremst som et ideal, grunnet sykepleiernes manglende evne til å danne relasjoner.</p> <p>Perspektivet ”Å korrigere” var preget av at sykepleierne betraktet pasienten som en avvikende. Pasientens adferd ble betraktet som et symptom på den psykiske lidelsen, noe som måtte begrenses eller stoppes. Sykepleiernes hensikt med å ta fra pasienten kontrollen var knyttet til deres opplevelse av ansvar for pasienten, kombinert med egne behov for å være suksessfull, samt føle seg trygg og fri for skam. Bruk av grensesetting kom ofte i konflikt med ideelle normer som å forstå, bekrefte og verdsette pasienten.</p> <p>Refleksjonsprosessen viste seg å være et nyttig hjelpemiddel for å vekke sykepleiernes bevissthet omkring motstridende normer, oppfatninger og følelser rundt egen praksis.</p>	<p>Studien belyser i stor grad ulike tilnæringsformer ved grensesetting samt konsekvenser av de ulike perspektivene. Samtidig blir hensiktsmessige strategier for å forbedre praksis trukket frem. Dette er nyttige funn satt opp i mot oppgavens problemstilling.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/Funn/Diskusjon	Relevans
<p>Larsen, I.B. og Terkelsen, T.B. (2013). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. <i>Nursing etichs.</i> 21 (4), s. 426 – 436.</p> <p>Artikkel 9</p>	<p>Hensikten med denne studien var å beskrive hvilke erfaringer ansatte og pasienter i en lukket psykiatrisk avdeling har med bruk av tvang.</p>	<p>Coercion</p> <p>Psychiatrch ward</p>	<p>Kvalitativ studie. Studien er basert på et etnografisk feltarbeid på en mellomstor psykiatrisk avdeling i Norge. Data ble samlet inn gjennom deltakende observasjon, samtaler og intervjuer med ansatte og personale over en periode på 4 måneder.</p> <p>Totalt deltok 22 ansatte i studien, 14 menn og 8 kvinner. Både sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, vernepleiere og psykiatere var representert. 12 pasienter deltok også, med diagnosene schizofreni, bipolar lidelse og personlighetsforstyrrelse.</p> <p>En fortolkende fenomenologisk tilnærming ble benyttet i analysearbeidet. Resultater ble delt inn i hovedtemaer/kategorier.</p>	<p>Funnene viser ulikt syn på bruk av tvang, særlig hos de ansatte. Alle ansatte var imidlertid enige om at tvang i enkelte situasjoner var helt nødvendig. Sikkerhet på avdelingen var en av årsakene, men tvungen skjerming/isolasjon ble primært benyttet som en del av behandlingen, ikke som beskyttelse mot vold. Flere beskrev at skjerming var en effektiv behandlingsform for pasienter med et ”indre kaos”.</p> <p>Resultat fra feltobservasjon viser hvordan enkelte ansatte har evne til å roe ned pasientene. Å vite noe om pasientene er viktig for å kunne oppnå god kommunikasjon og dialog. En klem eller en ”vennlig dytt” kan bidra til at pasientene føler seg sett og inkludert.</p> <p>Korreksjoner og husordensregler synes å øke sårbarheten og avhengigheten hos pasientene.</p> <p>Å arbeide i team og ha mulighet å dele erfaringer omtales som viktig. Gjensidig støtte og lojalitet er viktige stikkord.</p>	<p>Bruk av skjerming og tvang reiser mange etiske dilemmaer. Å innhente sykepleieres egne erfaringer omkring intervensjonene er av stor betydning for å kunne forbedre praksis og dermed ivareta pasientene under slike krevende samhandlingssituasjoner.</p> <p>Bruk av tvang betraktes ulikt selv mellom de vestlige landene. En styrke er derfor at studien er fra Norge.</p>

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/Funn/Diskusjon	Relevans
<p>Maguire, T., Daffern, M. og Trish, M. (2014). Exploring nurses and patients perspectives of limit setting in a forensic mental health setting. <i>International journal of mental health nursing</i>. 23(2), s. 153 – 160.</p> <p>Artikkel 10</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske bruken av grensesetting på en psykiatrisk døgnavdeling, samt å forstå prinsipper for veiledende praksis.</p>	<p>Mental health nursing</p> <p>Limit setting</p> <p>Aggression</p> <p>Procedural justice</p>	<p>Kvalitativ studie. Data ble samlet inn ved å utføre semistrukturelle intervjuer hos pasienter og ansatte på et 116-sengs psykiatrisk sykehus i Australia. Totalt deltok 12 sykepleiere (7 kvinner og 5 menn) med arbeidserfaring mellom 4-34 år, samt 12 tidligere innlagte pasienter.</p> <p>Tematisk analyse med utgangspunkt i 6 faser ble benyttet i analysearbeidet.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Å bli kjent med data</li> <li>2. Generere koder</li> <li>3. Søke etter temaer</li> <li>4. Gjennomgå temaer</li> <li>5. Definere og navngi temaer</li> <li>6. Skrive artikkelen</li> </ol>	<p>Sykepleierne i studien trekker frem at nøkkelfunksjonen til grensesetting er å sikre sikkerheten.</p> <p>Tilnærming ved grensesetting er av stor betydning. Samarbeid er et nøkkelbegrep, og betydningen av å lytte blir trukket frem. En tilnærming som er konsistent, rettferdig og respektfull foretrekkes.</p> <p>Sykepleierne mener det er uheldig å grensesette på en autoritær måte. Resultatet kan da være at pasientene opplever deg respektløs og aggressiv, noe som vil kunne forverre situasjonen.</p> <p>Følgende prinsipper blir trukket frem for å lykkes med grensesetting:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasjon om hvorfor grenser blir satt</li> <li>2. Å lytte og forstå pasientens perspektiv</li> <li>3. Rettferdighet og respekt</li> <li>4. Å kjenne pasienten, inkludere han/henne</li> <li>5. Grenser må bli satt på en konsekvent måte</li> </ol> <p>For å oppnå ønskede resultater er det en forutsetning at sykepleierne reflektere over sin egen medmenneskelige stil.</p>	<p>Resultater fra studien viser til spesifikke veiledende prinsipper ved grensesetting. Samarbeid blir omtalt som et nøkkelbegrep – funn som kan underbygges gjennom andre studier samt i faglitteratur. Et annet relevant funn er sykepleiernes erfaringer om hvordan man bør unngå å grensesette – det kan i enkelte situasjoner forverre situasjonen. Studien tar for seg grensesetting generelt, men mani blir trukket frem gjennom eksempel flere ganger. Studien anses derfor som relevant for å besvare oppgavens problemstilling.</p>