

**Utfordringer mellom helsepersonell og pasienter med bipolar lidelse  
manisk fase etter lovendring i psykisk helsevern.  
Hvordan erfarer klinikere at lovendring om samtykkekompetanse  
har utfordret samarbeidet og relasjon med pasienter innlagt med  
mani?**



**Universitetet  
i Stavanger**

**2018- 2021**

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Masterstudium: Erfaringsbasert master i relasjonsbehandling med  
fordypning i miljøterapi**

**Veileder: Inge Joa- Leder TIPS Psyk Nett - Vest**

**Stavanger universitetssjukehus, Klinikker for psykisk helsevern**

**1ste Amanuensis, Universitet i Stavanger, Det helsefaglige fakultet**

**Student:**

**Cecilie Johannessen – student nr. 247786**

**Arnold Sudaria – student nr. 247785**

## **Forord**

Vi er to studenter som studerer master i Relasjonsbehandling ved Universitet i Stavanger og arbeider for tiden ved Seksjon Engelsvoll og sengepost E1. Seksjon Engelsvoll er en døgnbehandlingspost med treningsboliger, poliklinisk oppfølging og behandling av bl.a pasienter med bipolar lidelse. Og avdeling E1 er en sengepost som tar imot pasienter med en affektiv lidelse og andre utfordringer som krever kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Vi arbeider som vernepleier og sykepleier.

Denne studien har gitt oss en mulighet til å fordype oss i forskning, som har vært spennende og med samme tema som vi tidligere har skrevet i fordypningsoppgave under studiet.

Det å skrive en masteroppgaven har til tider vært et krevende arbeid, og når oppgaven er ferdig, er det mange som fortjener takk. Først og fremst vil vi takke vår kunnskapsrike veileder, Inge Joa, for kyndig og inspirerende veiledning gjennom hele denne skriveprosessen. Vi kunne ikke vært mer fornøyd med han som veileder. Han har vist et stort engasjement og ikke minst vært inspirerende i forbindelse med prosjektet.

Studien hadde ikke blitt til uten kolleger som stilte opp som informanter. Deres bidrag til studien er viktig og betydde mye for oss at vi fikk høre deres opplevelser og tanker. Tusen takk til alle dere for at dere tok dere tid og delte dette med oss. Med deres kunnskap og erfaringer bidratt til at studien ble til.

Det er rart å sette et endelig punktum for studien, vi har lært mye og tilegnet oss ny kunnskap og ville ikke vært foruten erfaringen denne studien har gitt oss.

Stavanger, 16. juli 2021

Cecilie Johannessen

Arnold Sudaria

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	5
1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Begrepsforklaring og definisjon .....	7
2 Teoretisk perspektiv .....	8
2.1 Bipolar lidelse, lovendring og utfordringer .....	8
2.1.1 Bruker og pårørende perspektivet .....	10
2.2 Bipolar lidelse - manisk fase .....	12
2.2.1 Holdninger og handlinger.....	13
2.2.2 Refleksjon.....	15
2.2.3 Relasjon, dialog og samarbeid i praksis .....	16
2.2.4 Teamarbeid og relasjon .....	17
2.2.5 Makt og relasjon .....	19
2.2.6 Menneskesyn .....	20
3 Metode og analyse .....	20
3.1 Forskningsdesign og forskningstilnærming .....	21
3.2 Personvern og etiske retningslinjer.....	22
3.3 Forskningstilnærming og fremgangsmåte .....	23
3.4 Fenomenologisk og Hermeneutisk tilnærming.....	24
3.5 Kvalitativt intervju.....	25
3.6 Rekruttering og valg av deltakerne .....	26
3.7 Gjennomføring av intervjuene.....	26
3.8 Gyldighet.....	26
3.9 Pålitelighet.....	27
3.10 Analyse av funn.....	28
4 Funn / resultater .....	29
4.1 Hovedtema .....	30
4.1.1 Lovendring og relasjon.....	30
4.1.2 Samtykkekompetanse.....	31
4.1.3 Samarbeid.....	33
4.1.4 Vurdering av samtykke .....	34
4.2 Undertema.....	35
4.2.1 Tilleggsmateriale.....	35

5 Diskusjon .....	35
6 Konklusjon.....	41
Referanser .....	44
Vedlegg .....	48
Vedlegg 1 – INTERVJUGUIDE.....	48

Masteroppgave i relasjonsbehandling

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING**

**E-MREMAS MASTEROPPGAVE**

---

SEMESTER:

**2020-2021**

---

FORFATTER(e)/MASTERKANDIDAT (er):

**Cecilie Johannessen og Arnold Sudaria**

**VEILEDER: Inge Joa**

---

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: **Utfordringer mellom helsepersonell og pasient med bipolar lidelse manisk fase etter lovendring i psykisk helsevern. Hvordan erfarer klinikere at lovendring om samtykkekompetanse har utfordret samarbeidet og relasjon med pasienter?**

Engelsk tittel: **Challenges between health professionals and patients with bipolar disorder in the mani phase after the changes in the Norwegian Mental Health Act. How do clinicians experience the changes I Norwegian Law on consent competence have challenged collaboration and relationships with patients?**

---

EMNEORD/STIKKORD: **Psykisk helsevern, informanter, pasient, kliniker, pårørende og samtykkekompetanse**

ANTALL SIDER: 49

STED: Stavanger

DATO/ÅR: 16 juli 2021

## Sammendrag

**Bakgrunn:** I psykisk helsevernlov (2017, §2-1) beskrives hovedregelen om samtykke. Etter lovendringen om samtykkekompetanse erfares det at pasienter med bipolar lidelse i maniske faser i større grad blir innlagt på frivillig paragraf. Det blir ofte vurdert at mange med denne problematikken har samtykkekompetanse og mange samtykker til innleggelse. **Mål:** Målet med denne studien var derfor å belyse hvilke utfordringer helsepersonell møter i samarbeid med denne pasientgruppen. **Metode:** Studien har en hermeneologisk tilnærming. En slik tilnærming er åpen tilgang til andres erfaringer, ikke våre. Denne studien er en kvalitativ studie hvor intervju er benyttet til datainnsamling. **Gjennomføring:** Vi foretok et kvalitativt intervju basert på utfordringer helsepersonell møter ved hjelp av en intervjuguide sammen med helsepersonell. Vi sendte informasjonsskriv om studien til ledere av sengepost, som henvendte seg til aktuelle deltakerne i sin sengepost med spørsmål om å delta i undersøkelsen. Aktuelle deltakerne fikk muntlig samtykke fra avdelingsleder og avtalte deretter tidspunkt og møtested. I tillegg et skriftlig samtykke i forkant gjennomføringen av intervjuene. Transkriberingen av intervjuene ble systematisk utført, og har nå tilegnet oss ny kunnskap på området. **Resultat:** Risiko for at pasienter ble skrevet ut før de er tilstrekkelig behandlet med en økt tendens til reinnleggelser. Helsepersonell opplevde pasientene som sykere enn før lovendring som gjør relasjonsbygging noe utfordrende. **Konklusjon:** Lovendringen har medført at pasientens autonomi blir styrket med økt fokus på pasientens selv bestemmelse. At relasjon er av betydning for å oppnå samarbeid med pasientene kommer klart frem.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Studien tar utgangspunkt i en artikkel fra Nettavisen hvor rettspsykiater og overlege i psykiatri Fred Heggen 02.06.19 skriver:

*«Tvang kan sikre den beste behandlingen «og hvor vi etter lovendringen i psykisk helsevern ser en flodbølge av alvorlig psykiske mennesker som presser på for en innleggelse på akuttpsykiatriske sengeposter. (...) innleggende instanser har ventet i det lengste med å legge inn pasientene, til sykdomsbildet har blitt så alvorlig at man har kunnet vært sikker på samtykke kompetansen har gått fløyten» (Heggen, 2019).*

Endringen i psykisk helsevern lov fra 1. September 2017 (psykisk helsevernlov, 2017) tar utgangspunkt i vilkår for etablering og opprettholdelse av tvunget helsevern at pasienten mangler samtykkekompetanse. Endringen betyr ifølge psykisk helsevernlov og psykisk helsevernforskrift at pasienten med samtykkekompetanse, kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. Pasienten som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, har rett til å avslutte behandlingen etter eget ønske. Det er svært utfordrende å jobbe med maniske pasienter på frivillig paragraf fordi samarbeidet med pasienten er avgjørende. Grunnet ambivalensen til innleggelsen, skriver de seg ofte ut før en oppnår et samarbeid. Utfordringer knyttet til samarbeid med denne pasientgruppen blir trukket frem av Heggen (2006). Han trekker frem rammer og regler som motstand mot samarbeid, men også pasientens evne til å kunne samle seg omkring dialog om behandlingen. De største utfordringene her er ofte knyttet til de sykeste pasientene (Karlsen, 2006).

Denne retten gjelder selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse og hvor helsepersonell mener at pasienten trenger behandling, og selv om konsekvensene er at pasienten igjen blir så dårlig at vilkårene for etablering av tvang på nytt kan bli oppfylt. Videre kommenterer loven at i praksis innebærer dette for eksempel at en person med «alvorlig sinnslidelse» og som er samtykkekompetent, ikke kan holdes tilbake i tvunget vern. Tilsvarende vil gjelde for en alvorlig sinnslidelse. Tusenvis av pasienter faller mellom to stoler. De er så syke at kommunen henviser dem til spesialisthelsetjenesten. Men hos spesialisthelsetjenesten får de avslag på behandling, fordi spesialistene mener de ikke er syke nok. Det vil derfor være viktig at kravet om å avtale hvordan samarbeid skal foregå for denne pasientgruppen.

Det er den som har behandlingsansvaret for en pasient som har ansvaret for å vurdere om pasienten har samtykkekompetanse (Lauveng, 2007). Hvis det skal brukes tvang etter psykisk helsevernloven, er det en psykiater eller psykologspesialist som skal gjøre vurderingen (Lauveng, 2017). unntak fra regelen er i tilfeller hvor det er stor fare for pasientens liv. I slike situasjoner kan man fortsatt bruke tvang for å redde liv samt forbygge alvorlig helseskade. I tillegg påvirker en rekke juridiske forhold, samt oppfatninger i samfunnet ellers, behandling og samhandling (Lauveng, 2017).

Det er tidligere ikke utført forskning som undersøker det vi ønsker å finne ut av, så derfor er hensikten å belyse et viktig tema som vi mener er høyst aktuelt. Målet vårt er derfor å få ny kunnskap på området og å gi andre mulighet til å forske videre på dette. Et område som vi mener, er nødvendig å forske videre på. Derfor er problemstillingen vi skal se nærmere på:

Utfordringer mellom helsepersonell og pasient med bipolar lidelse manisk fase etter lovendring i psykisk helsevern. Hvordan erfarer klinikere at lovendring om samtykkekompetanse har utfordret samarbeidet og relasjon med pasienter innlagt med mani?

Gjennom studien viser vi interesse fra tidligere studier og studien vil derfor bære preg av dette. I tillegg benytter vi teori fra egne oppgaver fordi vi mener teorien er gunstig for å skape en helhet i studien og forskingsprosessen. Avgrensninger er gjort grunnet studiens omfang og har derfor valgt å ikke gå i dybden i alt vi presenterer. Uttrykket kliniker er benyttet i problemformuleringen, men vil velger stort sett å forholde oss til helsepersonell som en fellesbetegnelse for samtlige.

## 1.2 Begrepsforklaring og definisjon

**Psykisk helsevern** – Helsedirektoratet (2017, s.8) menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse er undersøkelse og behandling av psykiske lidelser, inkludert nødvendig pleie og omsorg.

Det er in denne oppgaven fokus på informanter erfaringen fra psykiatrisk sengepost.



## **Relasjon**

I helsefaglig sammenheng brukes ordet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2017). I denne studien brukes ordet relasjon og dreier seg både om kontakten og forholdet mellom helsepersonell og pasienter.

## **Samtykkekompetanse**

Pedersen & Aarre, (20017, s. 155) skriver at samtykkekompetanse har innsikt i egen situasjon, og er innforstått med konsekvensene av de valgene man kan ta. De sier videre at pasienten må samtidig kunne uttrykke valget.

I denne oppgaven samtykkekompetanse er veldig sentralt og relevant med tanke på lovendring.

**Informanter** – Et synonym til deltager og er våre intervjuobjekter.

Deltager til denne studien omtales utelukkende som informanter.

**Kontrollkommisjon (KK)** – Et organ som sørger for at den enkeltes rettsikkerhet i møte med det psykiske helsevernet. KK kontrollerer tvangsvedtak og behandler klager. Pasienten har med seg egen advokat i nye vurderinger om samtykkekompetanse.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har som formål å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

## **Psykisk helse**

World Health Organization (2014) har skrevet som

*«Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his/ or her potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community».*

Vi referere til psykisk helse i denne oppgaven i forbindelse med alvorlig sinnslidelse til blant annet bipolar lidelse.

## **2 Teoretisk perspektiv**

### **2.1 Bipolar lidelse, lovendring og utfordringer**

I følge WHO's internasjonale diagnostiske klassifiseringssystem ICD-10 defineres bipolar lidelse type 1 slik:” Personen har hatt mer enn en episode av depresjon, mani, hypomani eller blandet episode, og en av disse har vært mani” (Helsedirektoratet, 2012, s.9).

Eknes (2006) som er spesialist i klinisk psykologi og arbeider ved Psykiatrisk divisjon, Ullevål Universitetssykehus minner oss på om at bipolar lidelse sammen med schizofreni regnes som de mest alvorlige psykiske lidelsene. Det er likevel store forskjeller i alvorlighetsgrad for dem som har bipolar lidelse. Noen har hovedsakelig oppstemte og energifulle hypomane perioder med relativt få og kortvarige depressive perioder hvor de plages betydelig. Andre rammes av gjentatte voldsomme stemningssvingninger, med eller uten psykotiske gjennombrudd. Noen er stort sett fornøyde med tilværelse og gleder seg over de positive forholdene som kan være knyttet til bipolare tilstander. Andre opplever i overveldende grad tilstandens mørkesider, og invalidiseres av lidelse (Eknes, 2006).

I klinisk sammenheng forbinder man mani til bipolar lidelse. En lidelses form som viser seg ulikt hos forskjellige mennesker. Er man manisk kan dette oppleves som rus for noen og hvor man er ukritisk og føler seg som en mester i alt. Noen er i tillegg svært ukritiske når det kommer til økonomiske forhold. De kan sette penger og eiendeler i fare og innlede tilfeldige seksuelle forhold. Ikke uvanlig skjemmer den maniske pasienten seg ut på flere måter ved lite gjennomtenkte utsagn eller oppførsel som skaper mistillitsforhold til familie, venner eller kollegaer (Hummelvoll, 2018).

*Mani kan være en drømmesykdom for kunstnere. «Jeg har det neste bilde eller skulptur i hodet mens jeg arbeider med noe annet. Idéene strømmer på. Som manisk går du fra de høyeste topper til den dypeste bunn – spenner over hele følelsesregisteret. Hadde jeg bare sluppet alt helvete med de smertefulle anfallene ...»*  
Rados Dedic (Psykisk helse 1996) (Hummelvoll, s. 223., 2018).

Lindholm (1997, s. 212) hevder lidelsen i samarbeidet finnes primært i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Den største lidelsen ligger i savnet av en virkelig relasjon – en relasjon som oppleves som uverdigg, ikke-delende og kjærlighetsløs. Krenkende kan det dreie seg om å bli fratatt følelser og påførte plagsomme bivirkninger (ved medikamentell behandling), og å bli angrepet sin autonomi gjennom skjerming, grensesetting og tvangsbehandling kan bli en ekstra lidelse som følger behandlingssituasjonen. Barker (1994) hevder at hvis personalet ikke er opptatt av de menneskelige reaksjonene på sykdommen, men i stedet ensidig fokuserer den «medisinske sykkelighet», vil pasienten miste muligheten til å bearbeide sykdommens konsekvenser i dagliglivet. Hummelvoll, s. 230., 20018).

Når det kommer til pasienten i psykose, der hvor manien har tatt seg opp ytterligere må det gjøres en individuell og konkret vurdering om pasienten med bipolar lidelse har samtykkekompetanse i en gitt situasjon. På bakgrunn av det overforstående, er det likevel grunnlag for å gi følgende generelle føringer: • en pasient med hypomani er som hovedregel samtykkekompetent • en pasient med mani, herunder med psykotiske symptomer, er som hovedregel ikke samtykkekompetent • en pasient med alvorlig depresjon, herunder med psykotiske symptomer, er som hovedregel ikke samtykkekompetent (Erfaringskompetanse.no, 2017).

### **2.1.1 Bruker og pårørende perspektivet**

I kommentarer til pasient -og bruker rettighetsloven § 1-3 bokstav b (Helsedirektoratet, 2018, s. 5-6) står det at *en pasient kan ha mange pårørende., men ikke alle har samme rettigheter, selv om flere bidrar på ulike måter. Det er nærmeste pårørende som har rett til å motta informasjon, klage på vedtak mv.*

Helsedirektoratet (2017, s. 13) skriver i sine kommentarer til loven at pasientens nærmeste pårørende, som følge av lovendringen, fikk styrket sin rett til informasjon og medvirkning der pasienten ikke vurderes samtykkekompetent, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 og 3-3. Videre (Helsedirektoratet,2017, s.22) kommenteres det at det er blitt en høyere terskel for å benytte tvang, og at det vil kunne gjøre det vanskeligere å være pårørende. Derfor er det svært viktig at pårørende blir involvert og får den informasjonen og støtten de har krav på. Det var ingen endringer i psykisk helsevernloven som endret på pårørendes rettigheter. Pårørende har hele veien hatt rett til å uttale seg før det fattes tvangsvedtak, jf. psykisk helsevernloven § 3-9. Pårørende fikk imidlertid styrket sin rett til informasjon om medvirkning, fordi det skal få det når pasienten vurderes ikke samtykkekompetent, jf. Pasient - og brukerrettighetsloven §3-1 og 3-3.

I artikkelen om ”Pårørende i psykisk helsearbeid” av Alice Kjellevold (2008) er hovedfokus er å tydeliggjøre nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning i psykisk helsearbeid rettet mot den hun eller han er nærmeste pårørende for. Bakgrunnen for at temaet tas opp er at det på den ene siden er klare helsepolitiske mål om involvering av pårørende i det psykiske helsearbeidet. På den annen side kommer det fra flere hold fram at pårørende opplever å bli møtt med argumentet taushetsplikt når de ber om informasjon og at det i liten grad legges til rette for dialog mellom pårørende og helsepersonell. Redegjørelsen viser at

nærmeste pårørende langt på vei ikke bare har en adgang til, men også en rett til informasjon og medvirkning. Det er dermed ikke den rettslige reguleringen som først og fremst setter skranker for pårørendes involvering i psykisk helsearbeid. Det er grunn til å spørre hvorfor den rettslige reguleringen ikke er iverksatt i praksis.

Det kommer frem i artikkelen at det fremdeles er mange pårørende som kjenner på manglende informasjon og medvirkning: Dette blir ofte begrunnet med taushetsplikten ifølge helsepersonell. Likevel er det lover som regulerer dette og de må tas hensyn til. Blant annet har helsepersonell plikt til å gi informasjon til nærmeste pårørende.

*” For at pårørende skal kunne gjøre bruk av sine rettigheter og utføre aktuelle oppgaver, er tilstrekkelig informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelpen som gis helt nødvendig, samt informasjon om hvilke rettigheter og muligheter lovgivningen gir den pårørende, herunder rett til medvirkning.”* (Kjellebold, 2008).

” Lov om pasientrettigheter pålegger helsevesenet å informere pasienten nærmeste pårørende om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes, dersom” forholdene tilsier det”. Videre at dersom pasienten samtykker til det skal pasienten skal pasientens nærmeste pårørende informeres. De nærmeste har rett til informasjon om iverksetting av behandling, tvangsmidler, eller overføring uten eget samtykke og klageadgang, med mindre pasienten nekter.” (Kletthagen & Smeby, 2009).

Satsing på økt **brukermedvirkning** stiller de ulike miljøene overfor flere problemstillinger.

Hvilke endringer i holdninger, tjenester og samarbeidsformer vil være nødvendige? Hva er det brukerne selv opplever at bidrar til bedring? Og vil fagmiljøene, forsknings- og kunnskapssentrene anerkjenne erfaringskunnskapen til tidligere og nåværende brukere, pasienter og pårørende.

Mange får de første symptomene på alvorlig lidelse allerede i tenårene, og kunnskap innad i familien kan være avgjørende for at den rammende skal oppleve støtte og tilfriskning. Dette viser hvor viktig det er for oss som helsepersonell å være på tilbud siden å vite hva pårørende burde få informasjon om. Mange pårørende er usikre og det at pasienten er innlagt kan skape en” familiekriser” og gjøre hverdagen for pårørende vanskelig. Helsepersonell burde derfor bli flinkere til å oppsøke og spørre de oftere om det er noe de lurer på, ved å gi informasjon som er grunnleggende og nyttig for pårørende som ofte vet lite som diagnose, plan for oppholdet og behandlingsforslag. Videre, vil samhandling med andre tjenester være avgjørende for om

behandlingen blir helhetlig. Tverrprofesjonell samhandling er dermed et felles samfunnsoppdrag for alle som jobber med velferdstjenester; et samarbeid som er fundamental forutsetning for å fremstille gode tjenester og å videreutvikle tjenestetilbud (Willumsen, 2016, s. 25).

Dette viser hvor viktig det er for helsepersonell å være på og vite hva pårørende burde få informasjon om. Mange pårørende er usikre, og det er at pasienten er innlagt kan skape en "familiekrise" og gjøre hverdagen for pårørende vanskelig. Helsepersonell burde derfor bli flinkere til å oppsøke pårørende og spørre de oftere om det er noe de lurer på, gi informasjon som er grunnleggende og nyttig for pårørende som ofte vet lite slik som diagnose, plan for oppholdet og behandlingsforslag (Kjellebold, 2008)).

## 2.2 Bipolar lidelse - manisk fase

Den 1. september kom det endringer i psykisk helsevernloven. De kanskje mest sentrale endringene var at fravær av samtykkekompetanse ble et vilkår for å kunne vedta tvunget psykisk helsevern. Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet var lovens intensjon for pasienten. I kommentarer til psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2017, s. 15). I den psykisk helsevernloven (1999) står det nå av formålsparagrafen at et formål med reglene er å forebygge og begrense bruken av tvang. Helsehjelpen skal ytes med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet. Så langt det er mulig skal den være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett, samt ha respekt for menneskeverdet.

Det kan være utfordrende å skulle gi behandling til maniske pasienter, da de ofte er i behov av rammer og grenser som kan føles inngripende i pasientens liv.

Rammene i behandling til denne pasientgruppen blir også trukket frem i studien til Karlsson (2006) hvor uenighet om hvorvidt det er nyttig og godt for pasienten sett i behandlingssammenheng.

Det er enklere å møte pasienten med åpenhet rundt behandling og rammer når relasjonen er etablert og pasient og personal kjenner hverandre. Dette blir støttet opp av Olkowska (2013) hvor åpenhet, tilstedeværelse og at det er å være personlig i møtet med pasienten viser seg å være relasjonsfremmende. Å skape en trygg relasjon med pasienten er svært utfordrende kanskje først og fremst fordi en ikke har rukket å etablere en relasjon før han skriver seg ut

igjen, men også fordi pasienten mangler selvinnsett og forstår ikke alltid at han har behov for behandling (Bordin, 1994).

### **2.2.1 Holdninger og handlinger**

Våre holdninger er måten vi møter og mestrer følelsene våre på (Brinchmann, 2013). F.eks. vil sykepleier kunne føle frykt og usikkerhet når hun skal bygge en tillitsfull relasjon til en pasient med bipolar lidelse, manisk fase. Det kan da være naturlig for et menneske å møte situasjonen med for mye frykt, og det kan bli utslagsgivende ved at sykepleier blir tilbaketrukket og feig. Dette kan komme til å virke mot sin hensikt og ikke være til hjelp for pasienten. Det samme vil det kunne bli dersom sykepleier møter pasienten med for lite frykt og fremstår dermed kanskje som dumdrilig. Den gylne middelvei mellom feighet og dumdrilighet er ifølge Brinchmann tapperhet. Hvis sykepleier klarer å gå inn i en relasjon til pasienten med tapperhet vil dette kanskje kunne få en helt annen innvirkning på utgangspunktet for relasjonen.

Det kan være viktig for sykepleier å være klar over at pasienten er i en utlevert og sårbar situasjon, men at også sykepleier er utlevert og sårbar på samme måte i situasjonen. På den ene side fremstår sykepleier som profesjonell og kunnskapsrik, og dermed trygg og stabil ovenfor pasienten. Men på en annen side er det viktig å ha fokus på at sykepleieren i seg selv også kan være utsatt og sårbar, og at en ved hjelp av refleksjon og bevissthet klarer å bruke dette til egen fordel i situasjonen (Brinchmann, 2013).

En av utfordringene ved å bidra til å bygge god relasjon til en pasient med bipolar lidelse, manisk fase er at en god relasjon basert på tillit og samarbeid, vil kunne være vanskelig å etablere med pasienten, sier Haugsgjerd, Skårderud og Stanicke (2010). De hevder videre at det kan ta lang tid å bli kjent med pasienten med bipolar lidelse, ofte på grunn av den store forskjellen mellom lave og høye stemningstoppene. Hvordan sykepleier velger å møte pasienten kan ha mye å si for pasientens oppfattelse og inntrykk av hvem sykepleier er, og hva sykepleier ønsker i relasjonen. Pasienter med bipolar lidelse, manisk fase kan plutselig stige i stemningsleiet, noe sykepleier må ta hensyn til. Det at sykepleier har en klar oppfatning over hvem man velger å være, er avgjørende for å knytte relasjon til pasienten. Hva slags utstråling sykepleier har, hvordan kroppsspråket fremstår og hvilke ord man velger å bruke, eller om man velger bort å bruke ord er eksempler på hensyn vi mener det kan være viktig at sykepleier må ta stilling til i ett hvert møte med pasienten.

Et annet eksempel på hensyn, er når sykepleier må ha kunnskap til å vite når de skal støtte opp eller når de skal utfordre pasienten. Sneltveit (2004), sier at alle sykepleiere vil oppleve at dette er vanskelig og utfordrende. På den ene side ser vi det slik at dersom sykepleier klarer å se at pasienten er klar til å håndtere å bli utfordret vil det å utfordre pasienten være til hjelp. Dersom sykepleier ikke klarer å se når en skal støtte eller utfordre, men allikevel utfordrer, kan det være stor sannsynlighet for at pasienten vil føle en utrygghet ved å bli utfordret når pasienten egentlig var i behov av at sykepleier hadde en støttende rolle. Det å ta hensyn til pasientens situasjon der og da for å komme frem til hva som er det beste for pasienten. Pasienten ser og føler at sykepleier er trygg eller usikker på hva som gjøres på bakgrunn av avgjørelser som tas i ulike situasjoner. Dette vil på den ene side kunne være en innledning til et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, men kan på den andre siden bli utslagsgivende ved at det skader relasjonen og tilliten pasienten har til sykepleier. Sykepleier vil alltid forsøke å handle ut ifra et ønske om å hjelpe pasienten, men det kan allikevel være viktig å huske på at sykepleier ikke alltid kan gjøre alt riktig eller alltid vite hva som er det beste for pasienten (Sneltveit, 2004).

Hvor omfattende lidelsen blir for pasienten, vil være avhengig av i hvilken grad de profesjonelle makter å forstå manien som fenomen, og deres evne til å nærme seg personens selvforståelse og opplevelse av sin situasjon. For å dempe lidelsen vil det være nødvendig med både empatisk forståelse og faglig innsikt i forhold til hvilke tiltak som kan hjelpe vedkommende gjennom en turbulent periode i livet med en opplevelse av størst mulig verdighet og integritet i behold. Oppmerksomheten rettes mot hvordan den maniske pasientens behov for omsorg og pleie kan imøtekommes. Det fundamentale for den anbefalte praksis er en holistisk og humanistisk-eksistensiell tilnærming. Hovedtyngden ligger på at mennesket har kunnskaper om hva som er godt og rett, og har evne til å realisere det gode i etiske handlinger (Aadland, 2001).

Generelt skal behandlingen bygge på samarbeid mellom pasienten, helsepersonellet og pårørende (så lenge pasienten samtykker til dette), og pasienten skal kjenne seg trygg og respektert. Dette vil styrkes ved at ulike tiltak drøftes med pasienten, og at vedkommende selv får delta i valget av tilgjengelige metoder. Måten denne deltagelsen skjer på, må tilpasses den enkeltes evne til å gi og ta informasjon (jf. *Nasjonal fagleg retningsline for utgreiing og behandling av bipolare lidingar* (Helsedirektoratet 2011)). Det er avgjørende for et godt resultat at helsepersonell legger opp arbeidet etter kunnskapen som foreligger om

bedringsprosessen (recovery) slik at den enkelte blir oppmuntret i sin egen prosess mot mestring og livsmot.

Det koster mye personlig for den som vil hjelpe å være vitne til et menneske som er manisk – i alle fall er det vanskelig å holde seg nøytral og upåvirket. På sett og vis kan man bli trukket inn i den andres sinnstilstand i skjermingssituasjon med en manisk pasient. Ikke sjelden opplever man seg provosert av vedkommendes væremåte og tendens til å peke på utilstrekkelighet hos hjelperen (Hummelvoll, 2019) Flere forfattere viser til en del reaksjoner som maniske personer skaper hos hjelperen som er verdt å merke seg, fordi bevisstheten om disse reaksjonene kan bidra til å skape et sikrere grunnlag for å møte pasienten på en produktiv og *brukbar* måte (Janowsky et al 1970); Wilson & Kneisl 1996). Reaksjonene kan dreie seg om irritasjon over krevende atferd, at man føler seg lurert og utmanøvrert, at man på grunn av pasientens ros får tanker om at en selv er den eneste som kan hjelpe pasienten, og at man blir ergerlig når kollega påpeker pasientens «manipuleringstendens». Dessuten kan det være vanskelig å innta en «objektiv» holdning til pasienten, fordi man emosjonelt og empatisk grunnlag er uenig med kollegaer om hvordan man skal møte pasientens utfordrende relasjonelle stil. I tillegg kan man bli provosert når etablerte grenser stadig krysses – eller man kan trekke seg tilbake og unngå vedkommende for å slippe unna opplevelsen av forlegenhet eller tvil på seg selv som hjelper. På bakgrunn av disse reaksjonene kan man si at både den pertentlige, regelstyrte sykepleier og den som har vansker med å sette grenser, vil finne det problematisk å arbeide med maniske personer. God kunnskap om lidelsen og dens ytringsformer sammen med faglig veiledning er nødvendig for å skape forståelse for den enkeltes behov og hvilke tiltak som gjør den maniske fasen kortest mulig (Hummelvoll, s. 231-233., 2019).

### **2.2.2 Refleksjon**

Ordet «refleksjon» betyr å kaste tilbake, eller vende tilbake til (Kristoffersen, 2012). Kristoffersen sier videre at ved å reflektere og ved å tenke grundig gjennom noe en har opplevd gjør man erfaringer om til kunnskap som sykepleier videre kan anvende til å begrunne ens egne meninger og holdninger. Av sykepleier krever refleksjon både åpenhet, utholdenhet og kunnskap og det kan være tyngende for sykepleier å føle empati med pasienten og det store ansvaret en sykepleier føler i et slikt møte sier Kristoffersen.



I møte mellom sykepleier og pasient med bipolar lidelse, manisk fase kan det ha mye å si hvilke holdninger sykepleier har til pasienten og holdninger kan være både bevisst og ubevisst, og ifølge Torbjørnsen, Strømstad, Aasland og Rørtveit (2014), viste deres studie at refleksjon over egne holdninger er nødvendig for sykepleier for å kunne forstå og for å kunne skape et helhetlig bilde av pasienten. Studien vektlegger også helsepersonellens holdninger til pasienten og hvordan disse holdningene kan forandre seg ved å reflektere rundt pasientens situasjon, hva pasienten selv forteller og hvilke erfaringer andre sykepleiere gjør seg i lignende situasjoner (Torbjørnsen, m, Flere, 2014).

### **2.2.3 Relasjon, dialog og samarbeid i praksis**

Relasjonell Recovery (bedringsprosess) og åpne dialoger er en metode som kan utfylle og utvide hverandre og forstås som en måte å være i verden på. Det er måter vi ønsker å fremstå på som «vanlige» mennesker og fagpersoner. Holdninger og væremåter viser seg gjennom ulike engasjerende og samarbeidene relasjoner og samtaler, enten de er private eller personlige. Vårt utgangspunkt er at vi alltid responderer i forhold til et annet menneske, hva vedkommende sier eller gjør; - vi kan *ikke* ikke – respondere. Følgelig tenker vi at vår holdning i alt faglig arbeid eller i alle former for menneskelig aktivitet bør være preget av *samarbeid*. Dette arbeidet handler om at vi er sammen om å forstå, tale, respondere og dele. Alt dette (sam) arbeidet foregår i relasjoner som muliggjør samtale, å dele, respondere og forstå. Det store spørsmålet blir hvordan vi som fagpersoner kan invitere og legge til rette for et slikt samarbeid. Vi tenker at uansett om «problemet» dreier seg om fysisk eller psykisk helse, økonomiske eller sosiale vansker, så inngås det en relasjon mellom den eller de som søker hjelp, og den som kan yte hjelp. Denne relasjonen danner så basis for et samarbeid. Dette samarbeidets viktigste redskap er samtale eller dialogen mellom de ulike deltakerne som inngår i samarbeidet (Eliassen og Seikkula, 2006). Andersen (1999) skriver at uansett hvilken menneskelig aktivitet man bedriver, så handler det grunnleggende sett om samarbeid. Dette gjelder livet i en familie, i et boliglag, i et lokalmiljø, i Europa, i verden, på et NAV-kontor, i et fotballag og på et sykehus. Det er to eller flere personer som skal finne ut av og gjøre «noe» sammen. Dette «noe» henger nøye sammen med hvordan de inngår i dette samarbeidet, tenker om hverandre og slik det folder seg ut i konkrete væremåter i samarbeidet. Følgelig får dette samarbeidet en retning, i helse- og velferdsfaglig arbeid, knyttet til hjelp – hva og hvordan kan det samarbeides om den hjelpen som skal ytes. Jeg lar meg engasjere i den andres opplevelser av saken, og tilsvarende engasjeres den andre i min forståelse. Slik beveger vi oss i en uendelig spiral av å tale sammen om saken som engasjerer

og beveger. Andresen (1999) omtaler det samme fellesskapende samarbeidet som uttrykk som skaper inntrykk, og inntrykk som skaper uttrykk. Det er en uendelig spiral av forsøk på å forstå det jeg selv forstår av saken og den andre, og hvordan den andre forstår seg selv, vår relasjon og saken.

Det kan være at både den som søker hjelp og den som skal hjelpe, føler at kjemien ikke stemmer. De lykkes ikke med å samarbeide sammen på en måte som arbeider frem en relasjon og en dialog. Det er i det mellommenneskelige møtet som hjelper og hjelpsøker at den enkelte bruker gjør sine erfaringer med helse- og velferdssektoren og den hjelp som gis. Hjelpsøker erfarer ikke bare det mellommenneskelige møtet, men også hvordan rammene innvirker på omsorgens som utøves. Dette gjelder alt fra de fysiske rammene, deres praktiske og estetiske utforming, mulighetene for ro og hvile og hvordan og hvor samtalene om private og personlige forhold innrammes (Karlsson & Borg, 134 -135, 2018).

#### **2.2.4 Teamarbeid og relasjon**

Mellommenneskelige prosesser utspilles i et team. I et psykodynamisk perspektiv er samarbeidsrelasjoner forståelsen av at mennesker er uløselig knyttet til hverandre og vevd inn i sammenhenger med hverandre. Det gjør at det ofte er vanskelig å få oversikt over det som skjer med en selv og det som skjer mellom mennesker i teamet. Teamarbeid utfordrer den enkeltes evne til å både innrette seg etter andre og til å stå for noe selv. De fleste ønsker og håper på å kunne arbeide i gode og stimulerende samarbeidsforhold. Mange vil også av og til opplevd vonde og nedbrytende samarbeidsrelasjoner. Det å arbeide med pasienten skjer ofte på tomannshånd. Det å arbeide i et team er et samarbeid som byr på utfordringer og prøvelser i et såkalt ansvarsteam rundt pasienten. Et team som skal arbeide for å hjelpe pasienten til å få det bedre med seg selv og til bedre samspill med andre, har fordeler av seg selv å kunne forholde seg konstruktivt til arbeidsoppgavene og til hverandre innbyrdes. Der indre konflikter og følelsesmessige spenninger rår i et team, vil disse lett kunne prege samarbeidet med pasienten. Skal pasienten kunne lære noe positivt om seg selv og om mellommenneskelig samvær, må ikke teamet selv ha for store problemer med å finne hensiktsmessige og gode måter å være sammen på. Det som skjer innad i teamet, får betydning for samarbeidet med pasienten. Ansvarsteamet er som regel tverrfaglig sammensatt. Uansett arbeidsform vil hjelperne kunne oppleve å arbeide innenfor ulike og små og store grupper. Både i dagliglivet og i arbeidslivet deltar vi i større eller mindre

grupper. I jobbsammenheng vil de ulike personalgruppene være del av et større organisatorisk system. Hvordan organisasjonen er strukturert og fungerer, vil påvirke relasjonene mellom teamene og samarbeidet i hvert team. De ulike gruppene innenfor organisasjonen vil på hver sin måte ha innflytelse på samarbeidet i teamet. Det som skjer i et team, er altså ikke bare knyttet til arbeidet med pasientene, til teamledelsen eller til medlemmenes personlige egenskaper. Hvordan teamet utfører sine oppgaver, og hvordan det samarbeider, er også knyttet til påvirkningsfaktorer utenfor teamet selv. utfordringer, prøvelser med det samarbeidet som utspiller seg i teamet kan ut fra psykodynamisk teori beskrive og forstå noen av de prosessene som utspilles.

På bakgrunn av utdanning og yrkeserfaring arbeider teamet ofte ut fra ulike perspektiver på psykisk tilstand og også ut fra forskjellig behandlingsstrategier. Hvis man ikke er klar over hva tverrfagligheten innebærer av muligheter og begrensninger, vil det i teamet ligge implisitte, tause forventninger og mulig også uoppdaget kompetanse. Det kan bidra til spenningsfylte forhold og frustrasjoner som kan gjøre det vanskelig å utnytte iboende kompetanse i teamet og å etablere et felles utgangspunkt for arbeidet.

For at teamets ressurser og kompetanse skal kunne utnyttes best mulig, er det helt nødvendig at det bygges opp et samarbeid med utgangspunkt i et felles språk. Dersom spesifikke fagbegreper brukes, bør det være en selvfølge at det forklares, eller at man finner frem til ord og uttrykk som sier noe av det samme, men som alle kan forstå. Det er uheldig dersom teamet domineres av noen få personer som er vel vant med å uttrykke seg gjennom fagterminologi. Personer som sitter med en mengde erfaringer fra samvær med pasienten, men uten skoling og trening i å uttrykke disse gjennom fagspråk, kan komme til å bli tause. Dermed risikerer teamet å miste verdifulle opplysninger om pasienten og om gjensidig samspill mellom pasient og hjelper. Fenomener tverrfaglighet og fagspråk kan komme til å virke uroende på samarbeidet og på teamets evne til å utnytte sine ressurser (Aanderaa, 1999).

Et tett tverrfaglig samarbeid styrker kvaliteten på behandlingen som gis til pasienten. En organisert og forutsigbar hverdag i en avdeling påvirker det totale samarbeidet.

Psykiatrien har tradisjonelt vært bygget på en hierarkisk struktur. Øverst i hierarkiet sitter som regel overlegen, i senere tid også psykologspesialisten. Ved å fremme et bedre tverrfaglig samarbeid kan man unngå at de ulike faggruppene sitter på hver sin «tue» og jobber med sitt. Det er alltid en fare ved psykiatriske institusjoner at miljøgruppen; dem som

jobber på «gulvet» og behandlerne jobber i hver sin sfære, hvor koordinering, samkjøring og det tverrfaglige samarbeidet skranter (Strømstad, m.fl., s. 59-60.,2018). (2018).

Mangel på samhandling kan føre til at noen i verste fall ikke evner å gi pasienten tilstrekkelig behandling fordi både kommunikasjon og samarbeidet totalt, er stykkevis og delt.

### **2.2.5 Makt og relasjon**

Ordet relasjon er i dagligtalen betegnelsen på kontakt, forbindelse eller forhold mellom mennesker. En gjensidig påvirkning, slik at det den ene gjør, sier, tenker eller føler, påvirker på hva den andre gjør, sier, tenker eller føler. Man forholder seg til det holistiske menneskesynet der summen av alle delene i en relasjon blir viktige for å skape helhet i relasjonen. Hjelperen må klare å se forbi den bipolare lidelsen i møte med pasienten å være åpen for å møte pasienten uten å la sykdommen bli en overhengende, negativ fordom i møtet (Brinchmann, 2013). Dette understrekes i stortingsmelding nr. 25, som inneholder et punkt som peker på at det må arbeides for å bygge ned fordommer mot psykiske lidelser også innad i helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997).

Sæterstrand (2009), skriver i psykiatrisk sykepleie om virksomme relasjoner. Ifølge artikkelen må sykepleier ha evnen til å bygge en personlig og tillitsfull relasjon til pasienten. sykepleieren må klare å bruke seg selv som instrument for å bygge opp tillit i relasjonen, noe som innebærer at sykepleier må være bevisst sine egne sterke og svake sider. Sæterstrand hevder videre at relasjonen sykepleier skaper til pasienten kan ha en viktig betydning for pasientens videre behandling, samt at sykepleiers personlige relasjon til pasienten blir sentral for bedringsprosessen. Hun skriver om hvordan sykepleier må være bevisst sine sterke og svake sider for å kunne bygge en tillitsfull relasjon til pasienten når hun bidrar som aktør ved å styrke pasientens medvirkning dersom pasienten ikke er i stand til dette selv.

Begrepet tillit er noe som blir grunnleggende for at pasienten skal føle at han/hun kan samarbeide med sykepleier under innleggelse, noe som også må til for at pasienten skal oppnå bedring og positiv fremgang, sier Brinchmann (2013). Hun sier videre at et tillitsforhold er noe som kan ta tid å etablere og at sykepleieren må gå inn i relasjonen til pasienten med en aksepterende holdning å gi pasienten mulighet til å uttrykke sine følelser og bekymringer og slik vil vise at man ønsker å skape et tillitsforhold (Hummelvoll, 2005).

Gjensidighet i relasjonen mellom sykepleier og pasient skal i utgangspunktet være likeverdig med tanke på respekt, men vil kunne bli noe skjevt fordelt med tanke på avhengighet.

Pasienten kommer til sykepleier med et ønske om hjelp og er avhengig av denne hjelpen (Kristoffersen & Nortvedt, 2012). Sykepleier har på en måte «makten» i relasjonen, og det er her det er så viktig at sykepleier er bevisst sin egen rolle sier Kristoffersen og Nortvedt (2012). Løgstrup sier noe om tillitsforholdet i relasjonen og hevder at alle relasjoner på en eller annen måte er maktrelasjoner. Videre sier han at en aldri har med et annet menneske å gjøre uten at en holder noe av den andres liv i sin hånd (Eide & Eide, 2013).

### **2.2.6 Menneskesyn**

Vårt syn på mennesker og hvordan vi forstår det baseres på våre holdninger. På hvilke måte vi forstår mennesket og det som er menneskelig selv når man ikke reflekterer over forståelsen (Hummelvoll, 2018).

Vår faglige bakgrunn, erfaringer som vi har og den bagasje vi er utstyrt med i en behandlings situasjon sammen med det andre mennesket kan være avgjørende for samspillet. Vi tar daglig del i det mellom menneskelige samspillet gjennom holdninger og handlinger. Hummelvoll beskriver dette synet vi har på mennesket, ofte er en ureflektert prosess. Det å bevisstgjøre seg sitt syn på mennesket vil derfor være gitt i forhold til hva man står for når det kommer til menneskesyn (Hummelvoll, J.K, s. 111, 2018).

## **3 Metode og analyse**

Metode består av kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Når forskningsmetoden gir kvantifiserbare data, kalles det kvantitativ. Tall, svar eller fakta som kan telles og statistisk beregnes, er eksempler på kvantitative data, såkalte harddata (Harboe, 2006). Styrken til kvantitativ metode er at dataene er generaliserbare når de bygger på et representativt utvalg av befolkningen og at resultatene testes, fordi undersøkelsen bygger på standardiserte skjema. Forskeren er bundet til de svarene han får, og kan ikke gå tilbake til informantene, eller justere spørsmålene underveis (Harboe, 2006).

Kvalitativ metode er det motsatte av kvantitativ metode. I kvalitativ metode undersøkes kvaliteter som egenskaper eller kjennetegn ved noe eller noen. I hovedsak bygger kvalitative metoder på teorier om menneskelig erfaring -fenomenologi- og fortolkning, og brukes ofte innen samfunnsvitenskapelig forskning, der forskeren ikke har mye kunnskap fra før av (Malterud, 2017). Forskeren har allikevel en teoretisk og erfaringsbasert og erfaringsmessig

ide` om hva han vil møte, men vet ikke hvordan undersøkelsen vil forløpe eller hvilke observasjoner han vil gjøre. Kvalitativ metode gir fleksibilitet, og åpner opp for nyanser og individuelle situasjoner som kan oppstå underveis i undersøkelsen, og går i dybden på et avgrenset empirisk felt (Harboe, 2006). Den inkluderer gjerne få informanter, fordi målet ikke nødvendigvis er å generalisere ut fra funnene, men å samle inn livsnær og nyansert informasjon som tolkes i forhold til den konteksten informantene befinner seg i (Harboe, 2006). Metoden har flere strategier for å innhente data; som kvalitative intervju, diskursanalyse eller deltakende observasjoner (Kvale og Brinkmann, 2019).

Metode er en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap (Everett og Furseth, 2012). Kvale og Brinkmann (2019) sier at metode opprinnelig betyr «veien til målet». I denne delen av oppgaven beskriver vi hvordan vi har gått frem for å finne svar på oppgavens problemstilling. Kapittelet redegjør for forskningsdesign, oppgavens tilnærming til forskning, og metoden som er brukt for å komme frem til et svar på problemstillingen. Kapittelet beskriver hvordan informanter er rekruttert og hvordan utforming av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene er gjort. Det gis en beskrivelse av hvordan datamaterialet ble bearbeidet før resultatene kunne drøftes. Kapittelet avsluttes med vurderinger av oppgavens pålitelighet og gyldighet, samt en beskrivelse av analyse prosessen.

### 3.1 Forskningsdesign og forskningstilnærming

Forskningsdesign er en overordnet plan eller oversikt for hvordan studien legges opp (Ringdal, 2007). Designet beskriver føringer for hvordan studien er tenkt utført, og omfatter hva studien skal fokusere på, hvem som er aktuelle informanter, hvor studien skal utføres og hvordan den skal gjennomføres (Thagaard, 2010). Formålet med undersøkelsen er styrende for valg av design. Designet må være tilpasset problemstillingen og den metoden som er valgt for å hente inn data og for å analysere dataene. I kvalitativ forskning er det viktig at prosjektets design gir fleksibilitet, slik at forskeren kan forandre fremgangsmåte dersom de innhentede data ikke er relevante (Thagaard, 2010). Ved å legge inn en slik fleksibilitet i designet innehar forskeren kontroll over studien selv om en må ta steg tilbake, og gjenta eller forandre noe ved gjennomføringen (Blaikie, 2010). Studiens design vil også identifisere etiske spørsmål knyttet til forskningsprosessen, og mulige problemer eller utfordringer ved det valgte designet.

Det finnes tre ulike kvalitative forskningsdesign: (1) Beskrivende (deskriptiv) forskningsdesign, (2) Forklarende (kausal) forskningsdesign og (3) Utforskende (eksplorativ) forskningsdesign.

Beskrivende forskningsdesign er nyttig når forskeren ønsker å forklare nøyte verden slik den er, og undersøke hendelser, impliserte personer, situasjon og hvor hendelsen fant sted (Lambert and Lambert, 2012). Forklarende forskningsdesign er nyttig når forskeren ønsker å finne årsakssammenheng eller årsaksforhold mellom fenomener eller variabler (Blaikie, 2010). Forskningsdesignet i denne oppgaven vil være en kvalitativ studie med et eksplorerende design. Det benyttes for å forske på et fenomen ved å få innsikt i et tema eller i en mer definert problemstilling (Tagaard, 2010). Dette designet gir mulighet for fleksibilitet i utforskningen, og gir rom til å ta hensyn til overraskende forhold underveis. I denne typen studier «gror» gjerne problemstillingene underveis, selv om temaene for studien er bestemt på forhånd. Målet med denne studien er å få mer kunnskap om temaene som er presentert i teorikapittelet. Ved å presentere teorien vi har valgt vil kunne bedres grunnlaget for å kunne drøfte funnene og empirien. Med dette designet stiller vi spørsmål så spesifikke som mulig for å få frem hva deltakeren har erfart, ikke kun en alminnelig samtale (Malterud, 2017, Kvale og Brinkmann, 2019). Gjennom diskusjon vil man dermed kunne oppnå en bedre innsikt og forståelse gjennom bl.a. tema som, lovendring, relasjon, refleksjon, kommunikasjon, samhandling og tverrfaglighet på bakgrunn problemstilling:

Hvilken måte lovendring i psykisk helsevern påvirker relasjonen mellom helsepersonell og pasient

Hvordan erfarer klinikere at lovendring om samtykkekompetanse har utfordret samarbeidet og relasjon med pasienter innlagt med mani?

### 3.2 Personvern og etiske retningslinjer

I alle forskningsprosjekter er det viktig å være bevisst på – og reflektere over etiske retningslinjer (Kvale og Brinkmann, 2019).

Innenfor kvalitativ forskning, finnes det fire sentrale allmenne etiske retningslinjer som forskeren bør ta hensyn til (Kvale og Brinkmann, 2019): (1) Informert samtykke, (2) Konfidensialitet, (3) Konsekvenser og (4) Forskerens rolle.

Informert samtykke betyr at forskningsdeltakerne informeres om det overordnede formålet med undersøkelsen, hovedtrekk ved studiens design og om mulige positive eller negative konsekvenser ved å delta i undersøkelsen. Konfidensialitet i forskningen betyr at informantene/deltakerne i studien beholder sin anonymitet, og ikke gjøre kjent ved at data som kan avsløre informanten kommer frem i materialet. Dersom identifiserbar informasjon kommer frem, skal informanten vite om dette og ha gitt sitt samtykke.

Forskerens rolle dreier seg om atferd og om integritet hos forskeren. Atferd og integritet er forbundet med forskerens moralske prinsipper og empati, sensitivitet og engasjement i moralske spørsmål- og handlinger. Konkret kan det bety at forskeren er sannferdig i det som legges frem og at de rapporterte resultatene kontrolleres og gyldighet gjøres så fullstendig som mulig (Kvale og Brinkmann, 2019). Et krav er at når studien behandler personopplysninger blir vurdert av personvernombud. Kodelister, lydfiler og transkripter er oppbevart på forskningsserver og nøkkelområdet til Helse Vest 2013. Helsepersonell loven, 2009, og helseforskningsloven, 2008). Dette er foretatt etter forskningsetiske retningslinjer.

### 3.3 Forskningstilnærming og fremgangsmåte

For å velge rett tilnærming til forskningen er det nyttig å spørre seg om hva det er en ønsker å forstå. Det finnes ulike tilnærminger, men Thagaard (2010) beskriver tre sentrale måter å utvikle teori på: (1) Induktiv fremgangsmåte, (2) Deduktiv fremgangsmåte og (3) Abduktiv fremgangsmåte.

Kvalitativ forskning er ofte induktiv. Det betyr at teorien utvikles fra data, og er basert på en antakelse om at er av data fra empiriske studier gir grunnlag for utvikling av teoretiske perspektiver (Thagaard, 2010). Deduktiv fremgangsmåte er motsatt av induktiv, og tester eksisterende teorier mot datamaterialet. Kvantitative metoder er ofte deduktive (Thagaard, 2010). I denne oppgaven er det valgt abduktiv fremgangsmåte som er en kvalitativ metode for å kunne svare på problemstillingen. Kjennetegnet til denne fremgangsmåten er at den fremhever det dynamiske forholdet mellom teori og empiri (Thagaard, 2010). Det betyr at argumenter og motargumenter, spørsmål og svar eller bevis og motbevis (analyse) fører til at man trenger inn i problemer og kommer frem til ny kunnskap. I abduktiv fremgangsmåte har forskerens forforståelse og teoretiske forankring betydning for hvordan dataen forstås (Thargaard, 2010). Denne tilnærmingen passer godt til denne studien fordi studiens mål er å komme frem til ny kunnskap ved å analysere empirien/dataene fra intervjuene i lys av teorien.



Ved å knytte empirien til teorien, styrkes analysen fordi man unngår svakheter som lett kan forekomme ved ren teoretisering uten basis i data (Targaard, 2010).

### 3.4 Fenomenologisk og Hermeneutisk tilnærming

«Fenomenologien bygger på studiet av menneskelig erfaring og hvordan verden presenterer seg for oss i og gjennom erfaringer. Dette innebærer fortolkning». Fenomenologi er den eldste av disse to innen vitenskapsteori og som studerer menneskelig erfaring. Dette innebærer fortolkning.

Kvalitativt intervju er inspirert av begrepet fenomenologisk filosofi, som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut ifra aktørenes egne perspektiver (Kvale og Brinkmann, 2019).

Fenomenologien vil i tillegg til hermeneutikken være relevant som forskningsparadigme i denne studien (Kvale og Brinkmann, 2019). Det er valgt å benytte semistrukturert intervju i studien. Intervjuene gjennomføres ved hjelp av intervju guiden med spørsmål som strukturert er formulert i forhold til temaet i studien. Intervjueren er nødvendigvis ikke bundet til intervju guiden og kan komme med spørsmål i tillegg som besvares. Intervjuene tas om mulig opp med lyd og transkriberes vanligvis i etterkant av selve intervjuet. Det er dette som gir grunnlag for data i analysen (Kvale og Brinkmann, 2019).

I følge Thagaard (2010) kan man forstå hermeneutikk som det å utforske et dypere meningsinnhold i forhold til det som umiddelbart blir presentert. Det gjenspeiler til tanker om at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan forstås på mange måter og nivåer.

«Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer, er en del av. Vi forstår delene i lys av helheten» (Thagaard, s. 41., 2010). Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster basert på menneskelig erfaring.

I hermeneutikken forstås intervjuet som en dialog mellom forsker og informant hvor forsker skal tolke meningsinnholdet i intervjuteksten (Thagaard 2010). Tilnærmingen i studien vil både ha en hermeneutisk og en fenomenologisk tilnærming. Hvor data fra intervjuet, den nedskrevne intervjuteksten og det transkriberte intervjuet gir muligheter til å reflektere samt vurdere og tolke. Hver informant bidrar med sine deler og grunnlag som settes inn i helhet (Thagaard, 2010).

### 3.5 Kvalitativt intervju

Det kvalitative intervjuet blir ofte klassifisert som enten eksplorative (utforskende) eller deskriptive (beskrivende). Brinkmann (2010) skiller mellom strukturert, semistrukturert, ustrukturert (åpent), gruppe- og neopositivistisk, romantisk, onstruktivistisk og postmoderne intervju (Kvale og Brinkmann, 2019).

I denne studien har vi benyttet oss av en kvalitativ forskningsmetode der det er gjennomført personlige semistrukturerte intervjuer med utvalgte informanter på fagfeltet vi har fått bedre kunnskaper om. Begrunnelsen for å bruke kvalitativ forskningsmetode er at det var ønskelig å undersøke informantenes utfordringer av virkeligheten i lys av relevant teori.

Kvaliteten på det semistrukturerte intervjuet måles ut fra styrken og verdien av den kunnskapen som produseres (Kvale og Brinkmann, 2019). Intervjuet er konsentrert med spørsmål som er kategorisert systematisk i henhold til temaene i oppgaven (vedlegg 1). Denne systematikken vil gjøre analyseprosessen oversiktlig og dermed enklere (Kvale og Brinkmann, 2019). Intervjueren er ikke absolutt bundet til å følge intervjuguiden. Dersom informantenes besvarelser krever nærmere undersøkelse, kan intervjuer følge opp med mer dypgående spørsmål.

Intervjuguiden er utviklet på bakgrunn essensielle utfordringer helsepersonell møter etter endring i psykisk helsevernlov. Teori vi har benyttet oss av i denne studien er dermed med på å gi en beskrivelse rundt viktigheten av forforståelse, kunnskap og erfaringer i samarbeid med pasienten med bipolar lidelse – manisk fase etter lovendringen.

Intervjuet tas opp, slik intervjuer lettere kan ha fokus på informanten og samtalen som finner sted. I ettertid transkriberes intervjuet. Lydopptaket gir intervjuer mulighet til å avdekke nyanser i det informantene sier. Ved å høre på opptaket flere ganger, kan intervjuer finne betydningsfull informasjon en ellers ville gå glipp av. Lyd og transkripsjon gir samme grunnlaget for den påfølgende analysen

Det kvalitative forskningsintervjuet beskrives som en interpersonlig situasjon, en relasjon og en særegen form for samtalepraksis, der strukturen er som en dagligdags samtale (Kvale og Brinkmann, 2019). I tillegg har det en bestemt metode og spørreteknikk fordi det også er en profesjonell samtale (Kvale og Brinkmann, 2019). Målet er å gi informanten en så fri beskrivelse av sin livsverden som mulig.

Intervjueren har allikevel forforståelse og forkunnskaper som kan påvirke samtalen og dermed kunnskapsproduksjonen. Intervjuer er den som definerer situasjonen og temaet, og er dermed i en maktposisjon. Allikevel er tilfanget av ny kunnskap et produkt av en intersubjekt og sosial prosess, der informanten bidrar til produksjon av kunnskaper i samspill med intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2019).

### 3.6 Rekruttering og valg av deltakerne

Når en bestemmer seg for utvalg og antall av informanter henger dette ofte sammen med forskningsspørsmål. I et kvalitativt intervju studie som dette, er ikke hensikten å forenkle fra funnene ved ha flere informanter for å få svar på det en trenger å vite (Kvale og Brinkmann, 2019). Grunnregelen om dårligere utbytte sier at et økt antall informanter over en viss tid, stadig vil tilføre mindre kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2019). Ikke sjelden er antallet informanter på mellom 10 og 15 i det kvalitative forskningsintervju. I oppdaterte intervju undersøkelser viser det seg ofte en fordel med et mindre antall intervjuer i undersøkelsen, ved i stedet å bruke mer tid til forberedelse og analyse av intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2019).

I denne studien er det utført kvalitative intervjuer av seks helsepersonell, alle kvinner og ansatt ved psykiatrisk post. Informantene ble rekruttert på bakgrunn av ulike roller de innehar. To av dem er klinikere med minst seks års erfaring og besitter vedtakskompetanse. De andre fire informantene er sykepleiere med også seks års erfaring fra feltet.

### 3.7 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført ved at vi stilte informantene spørsmål fra intervjuguiden. Det var kun en informant om gangen i tillegg til oss. Båndopptaker ble benyttet og samtykke signert i forkant av hvert intervju. Varigheten på hvert av intervjuene var fra 15 – 30 minutter og med et snitt på ca. 20 minutter pr. intervju.

### 3.8 Gyldighet

Dersom en undersøkelse blir gjentatt ved like betingelser, og resultatet av undersøkelsen viser det samme, betyr det at undersøkelser har høy repperterbarhet eller at den kan reproduseres. Høy gyldighet betyr ikke at man ikke undersøker eller måler det man faktisk skal. Gyldighet

er knyttet til forskningsresultatets konsistens og troverdighet (Kvale og Brinkmann, 2019). Det er selvsagt ønskelig med høy grad av gyldighet i intervjufunnene for å unngå tilfeldig subjektivitet. Samtidig kan for sterkt fokus på gyldighet før til rigiditet og tap av kreativitet og variasjon. Når intervjueren følger opp fornemmelser, og når intervjueren kan improvisere underveis og følge sin egen intervjustil, kan datamaterialet bli rikere og inneholde «gull» som ikke ville komme til syne, dersom intervjueren var nådeløst opptatt av å følge intervjuguiden (Kvale og Brinkmann, 2019).

Intervjuer innhentet samtykke fra informantene i god tid på forhånd. Alle informantene fikk en beskrivelse av prosjektet, slik de var informert om formålet med studien og temaene i den (vedlegg 1). Intervjuer møtte informantene godt forberedt, og hadde satt av tilstrekkelig tid, slik at stemningen rundt intervjusamtalen ble så bra som mulig. Intervjuet ble tatt opp med lyd, slik at datamaterialet kunne gjennomgås flere ganger, og dermed sikre at intervjuer ikke tolket svarene. Opptak av intervju bedret flyten i samtalen og kontakten mellom intervjuer og informant, da en unngikk å bruke unødvendig tid på å notere det som ble sagt. Det var også sannsynlig at dette ville øke studiens gyldighet, da det reduserte risikoen for at intervjuer mistet betydningsfull informasjon, eller at informant ble utålmodig og la bånd på samtalen (Brinkmann og Kvale, 2019).

I følge Malterud (2011) kan gyldighet eller validitet i kvalitativ forskning vurderes ut ifra relevans og overførbarhet. Thagaard (2013) knytter validitet til tolkning av data, og fremhever at validitet handler om gyldighet av de tolkninger forskeren kommer frem til.

Hva slags kunnskap en besitter og forskers forforståelse er påvirkningsfaktorer for oppgavens validitet (Malterud, 2011).

I dette prosjektet har vi ikke hatt som hensikt å statistisk generalisere funnene til hele psykiatrien. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) og Malterud (2011), er det heller ikke målet når man anvender kvalitative metoder. Målet har ikke vært å generalisere funnene mest mulig, men å få frem informantenes opplevelser og perspektiver som kan fortelle noe om betydningen av å være på psykiatrisk sengepost.

### 3.9 Pålitelighet

Kvale & Brinkmann (2009) skriver at forskningens pålitelighet er den vanligste måten å definere reliabilitet. Reliabilitet og pålitelighet handler om forskningsresultatenes konsistens

og troverdighet. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) handler begrepet om hvorvidt det kan henvises til om et resultat kan gjentas på andre tidspunkter og av andre forskere ved hjelp av den samme metoden.

For oss var det viktig å skape tillit til informantene, og at vi kunne skape en god tone gjennom intervjuet. Med dette satte vi standarden med å hele tiden vise oss selv i godt humør, være åpen og forståelsesfull, slik informantene ville dele mest mulig om sine opplevelser og erfaringer fra sin livsverden.

I transkripsjonsprosessen har vi ”oversatt” dialekt til bokmål. Flere av informantene brukte ord fra sin dialekt, noe som kan mistolkes siden vi selv ikke er kjent med ordene og dialekten. For eksempel ble ordet ”eg” benyttet av samtlige informanter, noe som vi fikk oppklart og brukt som jeg.

Undersøkelsens pålitelighet handler om oss som forskere, har klart å gjort rede for forskningsprosessen og fremgangsmåten på en god måte. Vi har forsøkt å gi nøyaktige fo

### 3.10 Analyse av funn

Ifølge Malterud (2017, s. 77) innebærer kvalitativ analyse alltid teksttolkning, uansett analysemetode. Transkripsjon skal være lojal overfor det opprinnelige. Deltagerens meninger og erfaringer skal komme med så godt som mulig. Man skal være forsiktig med å tolke hvis lyden for eksempel er uklar. Videre krever metoden ingen omfattende teoretisk skolering for å kunne gjennomføres på forsvarlig måte (Malterud, 2011). Analysen er eksplorerende, deskriptiv og databasert med sikte på primært å få fram beskrivelser (Malterud, 2011), noe som egnet seg bra for vår problemstilling hvor hensikten var å beskrive informantenes opplevde erfaringer. Systematisk tekstkondensering er også en godt beskrevet analysemetode. *«I skandinavisk helsefaglig tradisjon er det særlig to ulike, men beslektede analysemodeller som har vært brukt, nemlig «grounded theory» (33) og fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi (34), modifisert av Malterud som systematisk tekstkondensering (14, 15).»* Kvalitative forskningsmetoder bygger på velkjente vitenskapsteoretiske forutsetninger for systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling, der prosessen skal være tilgjengelig for innsyn og utfordring og resultatene skal ha overførbarhet utover den lokale studiesammenhengen. Kvalitative forskningsmetoder kan åpne mulighetene for vitenskapelig innsyn i slike prosesser. Inspirert av samfunnsvitenskapelig og humanistisk forskning har medisinerne de siste årene i økende grad tatt de kvalitative forskningsmetodene i bruk. Men fremdeles er kunnskapen om de

kvalitative metodene og deres forutsetninger begrenset innen vårt fagmiljø (Tidsskrift for Den norske legeforening tidsskriftet.no).

Ved hjelp av systematisk tekstkondensering, jobbet vi trinn for trinn i analysen, noe som gjorde det gjennomførbart og ikke for vanskelig for en ”nybegynner” som oss innen forskning og analyse av kvalitative data.

I første omgang ble vi kjent med materialet; arbeidet aktivt for å sette forforståelsen og teoretisk referanseramme midlertidig i parentes, for å kunne stille åpent for de inntrykk som materialet formidlet (Malterud, 2011). Vi begynte med å høre gjennom alt materialet uten noteringer underveis. Etter første omgang med gjennomhøring måtte vi ta oss en lang pause, for å så høre gjennom all intervjuene en gang til, for å skape oss en bedre oversikt over materialet. Analysen tok sikte på å beskrive den essensielle betydningen av informantenes erfaringer, slik disse framkom i datamaterialet fra intervjuene. For å uttrykke funn er sitater brukt fra informantene. Slik ble informantenes stemme løfte frem med sine essensielle meninger, kunnskap og erfaringer som bidro til å finne svar på oppgavens problemstilling: *«Utfordringer mellom helsepersonell og pasient med bipolar lidelse manisk fase etter lovendring i psykisk helsevern» Hvordan erfarer klinikere a lovendring om samtykkekompetanse har utfordret samarbeidet og relasjon med pasienter innlagt med mani?*

For å bedre leservennligheten, uten å bruke «slang» eller vår dialekt er det brukt meningsfortetting (Kvale og Brinkmann, 2019). I det arbeidet betyr det at gjentakelser av småord, pauser og nøling er tatt ut fra sitatene.

Vi brukte som nevnt tidligere lydopptaker i alle seks intervjusituasjoner. Det ble vektlagt å transkribere så ordrett som overhodet mulig og som resulterte i ca. to timer med lydopptak. De transkriberte intervjuene dannet grunnlaget for videre analyse. De ble meningsfortettet og lagt i system under tema i studien. Funn ble analysert og diskutert i lys av teori, studien vår, før de ble oppsummert i konklusjonen til slutt.

#### **4 Funn / resultater**

Denne studien har tatt utgangspunkt i lovendring og utfordringer man møter med pasienter med bipolar lidelse – manisk fase. Vi har forsket på erfaringer helsepersonell/ klinikere sitter inne med og viktigheten av en god relasjon og samhandling med denne pasientgruppen.

I dette kapitlet presenteres studiens funn ved hjelp av forskningsspørsmålene. Funnene er knyttet opp i forhold til teori. Kapitlet struktureres etter studiens tematiske inndeling, som er lovendringen om samtykke kompetanse, relasjon i manisk fase, utfordringer og samarbeid.

## 4.1 Hovedtema

### 4.1.1 Lovendring og relasjon

Hvordan lovendringen i psykisk helsevern påvirke relasjonsbehandling?

Samtlige informanter mente lovendringen påvirket relasjonsbehandlingen. Før lovendringen var det lettere å få lagt inn pasienten på tvang, og de var mindre syke, spesielt maniske pasienter. I tillegg var det lettere å bygge opp en relasjon og at det var via relasjon pasienten fikk en bedre innsikt i egen situasjon. Før lovendringen var det bedre tid til etablering av relasjon, og de kjente på mer frustrasjon fordi bruken av tvang gikk opp enn å bruke tid til relasjonsbygging. Flere av informantene mente i tillegg at lovendringen passet mye bedre til den deprimerte pasienten, enn på den maniske pasient. Videre mente samtlige at før lovendringen var det mindre grensesetting, lettere å fatte tvangsvedtak for å forhindre at pasienten skjemte seg unødvendig ut. I tillegg nevnte flere at det var vanskelig med tanke på de «stakkars» pårørende som ofte sto hjelpeløse tilbake.

Informant 1. uttrykket seg slik;

*” Lovendringen påvirker relasjonsbehandling også til pårørende som får belastningen med eventuelt flere «runder» gjennom legevakten for å få hjelp. Det kan ødelegge hele relasjonen mellom pårørende og «systemet» som må gå denne runden flere ganger. Pasienter som blir dårligere og dårligere og helsepersonell som ikke kommer i posisjon til å gi nødvendig helsehjelp».*

*«Pasientene går lenger nå enn før, før de får hjelp; de blir snudd på legevakten» «KK (kontroll kommisjonen) mener pasienten har samtykke kompetanse; får ødelegge både sitt og foreldrene sitt liv».*

Informant 2 utrykte seg slik: «Jeg prøver å tenke på hva som er bra, hvordan jeg kan hjelpe og ikke endre meg i relasjon ved å gjøre så godt jeg kan etter lovendringen. Men de (ref. pas) blir aktivert rundt KK, så kapitulerer jo hele behandlingen»

Informant 1 var ikke sikker på om det var merkbart endring i relasjonsbehandling, fordi relasjonen hadde vært god hele tiden:

” Som helsepersonell vet jeg ikke om det er en merkbar endring i relasjonsbyggingen etter lovendringen. Jeg mener og tror at de fleste møter pasientene med åpenhet, tillitt, trygghet, tilstedeværelse, ydmykhet og respekt uansett om de blir vurdert som samtykkekompetente eller ikke. Det er vel mer fra pasientens opplevelse av relasjon, som danner grunnlaget for å skape en god mellommenneskelig relasjon som kan være endret”.

Tillitt og respekt er grunnleggende for å kunne skape en god relasjon, og utøve god sykepleie (Travelbee, 2017; Kristoffersen & Nortvedt, 2017).

Hummelvoll (2012) sier at en god relasjon avhenger av et samarbeid mellom pasient og sykepleier. For å få til et samarbeid som er av betydning, er en avhengig av gjensidig tillitt og åpenhet.

Samtlige informanter mente relasjonen på «gulvet» var svært viktig. Pasienten som har skammet seg etter å ha vært i en mani og hvor relasjonen ble trukket frem flere ganger som alfa omega; relasjonen var alt og det viktigste; «de skammer seg mye etter å ha vært i mani». Informant 1:» *Det er en svært sår fase når de er på vei ut av manien. Tenker over hva de har gjort og sagt. Vi må prøve å normalisere så godt vi kan».*

#### **4.1.2 Samtykkekompetanse**

Hvilke refleksjoner gjør helsepersonell sammen med pasienten i manisk fase som har samtykkekompetanse, og ikke kan holdes tilbake i tvungent vern?

Samtlige av informantene reflekterte over handlinger pasienten gjør i forkant av innleggelse i manisk fase. Refleksjoner over hva pasienten har utsatt seg selv for i manisk tilstand og hva pasienten har utsatt pårørende for, i form av f.eks. ukritisk bruk av penger og ufine utsagn til både venner, familie og andre mennesker i samfunnet.

I tillegg reflekterte informantene rundt hvordan man skulle få til å kartlegge pasienten i håp om en bedre sykdomsinnsikt. Informant 1: «viktig å alltid ha håp».



*«Det er en stor utfordring fordi det er en manisk pasient som subjektivt føler seg ganske bra. Må prøve å få de med på tanken; du er syk; ta hensyn til medisiner, du må skjerme deg (veldig vanskelig å få til en dialog). Da må det nesten være slik at du kjenner pasienten veldig godt, at man har jobbet sammen, at det lykkes.*

*Da er det viktig du har en relasjon til pasienten, da det er vanskelig å få til noe sammen, bli enige; hvis en ikke kjenner pasienten».*

*Møte de hvor de er; jobbe mot nære relasjoner; snakke med dem. Hva skal til for at du skal mestre livet ditt? Hva vil du? Hva er det mest utfordrende for deg akkurat nå? Gi dem en følelse av at vi vil hjelpe; unngå avvísninger. Si, at «vi må jo følge lovverket» men hva ønsker du?*

Informant 2. konstaterte at veldig få i manisk fase er samtykke kompetente, men flere av pasientene stiller til tider spørsmål om det, men er egentlig ikke opptatt av det.

Vedkommende syntes dette var litt rart, at pasientene ikke spør etter dette oftere. *«De spør etter røyk, tur ut ol. Om de kan få mer utgang osv. Virker som de godtar stort sett når jeg møter de på en respektfull og ordentlig måte. Jeg kjenner jo de fleste og har stort sett en god relasjon med de».*

Informant tre opplevdes oppgitt over at pasientene «går» lengre nå enn før, før de får hjelp; at de blir snudd på legevakten:» *Det er en pasient som KK mener har samtykke kompetanse og som får ødelegge både sitt og foreldrene sitt liv».*

Informant fire fortalte at de pasientene som ikke var så syke – som ikke hadde typiske psykose symptomer, hadde heller ikke innsikt i manisk fase. De skjønner ikke hvorfor de trenger behandling, føler seg bra (som er en del av sykdomsbildet). Pasientene klager til KK som opphever paragraf – og vurderer de som samtykke kompetente. *«Det medfører at pasienten «forsvinner» og vi får ikke gitt den hjelpen pasienten trenger og som resulterer i at pasienten ikke vil samarbeide.*

Hva tenker du om at pasientene blir dårligere og dårligere og ikke vil samarbeide? *«Det er sjelden manien går over av seg selv når de ikke er innlagt. Når de ikke tar riktige medisiner*

*og ikke får skjerming er det en fare for at det blir brukt mer tvang og innleggelsen blir lenger. Dette påvirker relasjonen mellom helsepersonell og pasient».*

### **4.1.3 Samarbeid**

På hvilken måte kan helsepersonell oppnå samarbeid med pasienten i manisk fase, innlagt på frivillig paragraf?

Noen av informantene fortalte at det har vært vanskelig for pasientene å samarbeide om behandlingen når han har vært manisk og innlagt på frivillig paragraf, fordi pasienten valgte å skrive seg ut, men kom raskt tilbake igjen. Å skape en trygg relasjon med pasienten er svært utfordrende kanskje først og fremst fordi en ikke har rukket å etablere en relasjon før pasienten skriver seg ut igjen, men også fordi pasienten mangler selvinnsikt og forstår ikke alltid at han har behov for behandling (Bordin, 1994).

*Informant 3 uttrykket seg slik: ” For å skape et godt samarbeid med pasienter i manisk fase så tror jeg det er viktig å bruke tid sammen med pasienten, å være tilgjengelig mentalt og fysisk, å ha en tilstedeværelse som fremmer ro, tillitt og trygghet og at pasienten føler at vi utviser respekt og forståelse ”.*

Flere informanter nevnte i tillegg medisiner som tidligere var lettere å samarbeide rundt fordi pasienten var på tvang. Men for at pasienten skulle føle seg respektert var det viktig for dem å føle at helsepersonell så på pasientene som mennesker, og ikke bare som en sykdom.

Informant 5. sa det slik:

*«Det er en stor utfordring fordi det er en manisk pasient som subjektivt føler seg ganske bra. Må prøve å få de med på tanken; du er syk; ta hensyn til medisiner, du må skjerme deg (veldig vanskelig å få til en dialog). Da må det nesten være slik at du kjenner pasienten veldig godt, at man har jobbet sammen, at det lykkes.*

*Da er det viktig du har en relasjon til pasienten, da det er vanskelig å få til noe sammen, bli enige; hvis en ikke kjenner pasienten».*

*«Jeg tenker man må snakke med pasienten litt oftere, tett oppfølging av behandling. Ha fokus på hvor man kan «snike» inn psykoedukasjon, finne et felles mål og forståelse. Hvis de er på frivillig; prøve å nå litt inn; viktig f.eks. å sove. De fleste er enige og da har vi et felles mål og*

*jobbe for, hvordan vi skal få det til. Viktig å ha fokus på psykose slik pasienten lærer om tilstand og mulig få til et samarbeid»*

Helsepersonell opplevde mer frustrasjon nå enn tidligere i samarbeidet fordi de oftere kjente på irritasjon sammen med maniske pasienter og hvor informant fire mente det var best å være på tilbud siden; «*Gi info, vise dem tillit; si at vi vil dem vel. Være tidlig ute med informasjon, lytte til dem i samarbeidet*».

Spørsmål som ble stilt med tanke på samtykke kompetanse:

*«Det er det, at det som blir problematisk er i møte med KK og at de har vurdert pasienten noe helt annet og at vi ikke vurderer likt; vi kjenner pasientene. Når vi vet pasienten ikke er slik til vanlig, pasienten er endret, sammenlignet med vi som har fulget sykdomsforløpet. Ser en tydelig funksjonssvikt til KK`s vurderinger i det øyeblikket pasienten er fredelig og sier ja til å ta medisiner. Det at den kunnskapen vi helsepersonell har til pasienten og sykdommen ikke blir vektlagt. Jobben vår er blitt mer komplisert i skrivearbeidet. Litt hindrende i hva vi mener er god behandling sett fra et pasient perspektiv. Det er veldig godt at rettighetene er veldig godt beskyttet, at frivilligheten er godt beskyttet og vernet om, men når det kommer til enkelte pasienter må man stå å «se» på at enkelte pasienter ødelegger livet sitt. Kliniker og KK`s vurderinger er ikke helt det samme. Og om tvilen kommer pasienten til gode er det bra, men tenker det av og til er veldig uheldig».*

#### **4.1.4 Vurdering av samtykke**

Blir vurdering rundt samtykke utført ofte nok?

Flere syntes vurdering av samtykke kompetanse var et vanskelig tema. Flere følte samtykkekompetansen stod litt i veien for god behandling og av den grunn var det noe man av og til unngikk å forholde seg til. Når en pasient var på tvang, var det lettere å gi god behandling; slik vurderinger av samtykke kompetanse ble utsatt. Vurderingen burde blitt gjort tidligere og mer grundig.

Lovendringen gjorde arbeidet vanskeligere for helsepersonell, pasientene som kom inn var veldig syke og var på frivillig og kort tid etter skreiv pasienten seg ut som resulterte i fortvilte pårørende.

Bra for pasienten som har fått mer selvbestemmelse og at pasienten la seg inn på frivillig og ønsket hjelp.

## 4.2 Undertema

### 4.2.1 Tilleggsmateriale

Vi spurte alle informantene våre om de hadde noe å legge til helt til slutt:

Flere informanter fant det problematiske i møte med KK og at de hadde vurdert pasienten noe helt annet og at helsepersonell ikke hadde vurderte likt. Informantene visste at pasientene ikke var slik til vanlig, pasientene var endret, sammenliknet med helsepersonell som har fulgt sykdomsforløpet. Så en tydelig funksjonssvikt til KK`s vurderinger i det øyeblikket pasienten var fredelig og sa ja til å ta medisiner. Den kunnskapen som helsepersonell har erfart til pasienten og sykdommen ikke ble vektlagt. Helsepersonell syntes det var hindrende i hva KK mente var god behandling sett fra et pasient perspektiv. Det var veldig bra at rettighetene var veldig godt beskyttet, at frivilligheten var godt beskyttet og vernet om, men når det kom til enkelte pasienter «stod» man å så på at «*enkelte pasienter ødela livene sine*». Kliniker og KK`s vurdering var ikke helt det samme. Og om tvilen kom pasienten til gode var det bra, men tenkte det av og til var veldig uheldig.

Informantene syntes intensjonen rundt lovendringen var bra, men synes ikke det var bra på maniske pasienten.

Informant 1. sa det slik:» *All ære til dem som «står» på maniske pasienter»*

## 5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal vi diskutere våre hovedfunn i sammenheng med teori og hva man tenker er viktig og helt avgjørende for helsepersonell i møte med maniske pasienter.

Videre vil vi besvare vår hensikt med oppgaven som går ut på å belyse utfordringer mellom helsepersonell og pasient med bipolar ledelse i manisk fase etter lovendring i psykisk helsevern. I tillegg hvordan klinikere erfarer at lovendringen om samtykke kompetanse har utfordret samarbeidet og relasjon med pasienter innlagt med mani. Informantenes bakgrunn er relevant for studien fordi samtlige har kunnskap og erfaringer med pasienter med bipolar lidelse i manisk fase.

Kapittelet diskuterer resultater i forhold til vår forskning og teori som beskrevet i kapittel to, før kapittel seks oppsummerer, konkluderer og avslutter.

Forskerens rolle dreier seg om atferd og om integritet hos forskeren. Atferd og integritet er forbundet med forskerens moralske prinsipper og empati, sensitivitet og engasjement i moralske spørsmål- og handlinger. Konkret kan det bety at forskeren er sannferdig i det som legges frem og at de rapporterte resultatene kontrolleres og gyldighet gjøre så fullstendig som mulig (Kvale og Brinkmann, 2019).

Det kommer frem av analysen fra intervjuene at lovendringen om samtykke kompetanse påvirker og utfordrer både samarbeid og relasjonsbehandling med pasienter i manisk fase. Vi påpeker at de ulike resultat til dels henger mye sammen og det blir enkelte ganger tatt opp like temaer, men i forskjellige kontekster. Flertallet av informantene var skeptiske til lovendringen når det gjaldt relasjonsbehandling både til pasienten og pårørende som oppsøker hjelp, men at det ikke er mye som kan gjøres så lenge pasienten har samtykkekompetanse.

Med dette tenker vi som miljøpersonell at mulig mangel på kommunikasjon og samhandling uteblir på tvers av profesjonene, og opp i systemet grunnet respekt for den makten en overlege og psykolog spesialist innehar og samhandling uteblir. I tillegg den makten som dem som vedtar lover og regler sitter med. Hvorfor er det slik at endringer i lovverket endres uten at man er sikker på at det gagnar alle pasient grupper? Det hadde vært interessant å la dem som foretar endringer i lovverket å være «flue på veggen» en periode ved skjermet enhet sammen med maniske pasienter.

Det fremkommer også et mistillitsforhold til KK hvor helsepersonell/klinikere opplever å ikke få den respekten de bør ha sett ut ifra sine vurderinger av pasienten. Helsepersonell som både har erfaringer og kunnskap rundt behandlingsforløpet og som kjenner pasienten godt. Her tenker vi at det bør være på sin plass at samarbeid tverrfaglig mellom alle impliserte parter opprettes på en ny og bedre måte.

Før lovendringen kunne samtykkekompetente pasienter behandles med tvang i psykisk helsevern. Pasienten hadde rett til og ikke velge å ta imot behandling for sin psykiske lidelse, dersom vedkommende vurderes å være samtykkekompetent.

Ut fra vår erfaring er at manglende samtykkekompetanse hos maniske pasienter er spesielt krevende å avdekke. Dette blir trukket frem av Pignatiello (2018) som nevner at manipasienten er krevende å vurdere. Erfaringsmessig har vi selv forståelse fra egen

arbeidsplass og erfaring. Disse pasientene kan ofte snakke godt for seg, og de kan oppleves friskere enn hva de er. For en stund kan de fremstå tildekkende til sine symptomer, og ved en legesamtale, eller i en kontrollkomisjonssak, vil pasienten derfor kunne gi inntrykk av å være samtykkekompetent. Et klinisk eksempel på dette er at maniske pasienter legges inn frivillig, hvor så dette blir et vanskelig utgangspunkt for videre behandling, og sykehuset må skrive ut pasienten, eller konvertere til tvungen paragraf. Vi har også erfart at pasienter har blitt lagt inn på tvang flere ganger i løpet av kort tid, som kanskje sier noe om at samtykkekompetansen kan være vanskelig å vurdere, og at det kan endre seg raskt.

Er det ikke da urealistisk å forvente at maniske pasienter skal være i stand til å ta hensiktsmessige valg i egen tilfriskningsprosess? Selv når vrangforestillinger og tvangstanker er medisinerert vekk, er det en del som ikke klarer å se sammenhengen mellom effekt av medisiner og fravær av symptomer. Vi antar at de fleste som vi jobber med og er berørte av problemstillingen i størst mulig grad ønsker reduksjon av uhensiktsmessig og/eller skadelig bruk av tvang. Fordi noen har blitt utsatt for uhensiktsmessig, skadelig eller feil bruk av tvang, men dette gjelder ikke alle. Er det ikke viktigere at alvorlig psykisk syke blir hjulpet, enn at man for enhver pris skal unngå tvangsbruk?

Noen pasienter vi har møtt i ved avdelingene vi jobber ved, opplever at det har blitt tatt for mye hensyn til hva deres pårørende sier, og vi har sett at dette kan sette forholdet mellom pasient og pårørende på prøve. Pårørende er som oftest en viktig ressurs for pasienten, men slik vi opplever det, ofte positive til tvang. Dette kan derfor være en vanskelig balansegang, og vanskelig for helsepersonell å ta stilling til.

Manglende sykdomsinnsikt er også en del av sykdomsbildet hos mange med en alvorlig psykisk lidelse, også mani. Det er svært utfordrende å jobbe med maniske pasienter på frivillig paragraf fordi samarbeidet med pasienter er avgjørende. Grunnet ambivalensen til innleggelse, skriver de seg ofte ut før en oppnår et samarbeide. Erfaringsmessig har vi sett at pasientene ofte trenger tid til å få tillit rundt behandlingen, noe en ikke alltid har når en jobber med denne pasientgruppen. Utførelse av omsorg til denne pasientgruppen er utfordrende fordi mange mangler selvinnsikt og forstår ikke at de har behov for behandling. Hovedbudskapet er at mange slike pasienter trenger fast ytre kontroll av atferden sin. Flere pasienter trekker frem

at de mister kontroll i manisk fase av sin sykdom, og det blir nevnt at miljøterapi i form av beskyttelse, regler og struktur er noe som føles trygt.

«*Mani som livsbrus og et psykiatrisk problem – omsorgens dilemmaer i en akuttpsykiatrisk kontekst*» (Karlsson, 2005) er en forskningsartikkel som baserer seg på en kvalitativ studie gjennom både pasient- og personalerfaringer.

Artikkelen belyser pasienters opplevelse av mani i en akuttpsykiatrisk avdeling, og etiske dilemmaer som oppstår. Gjennom erfaringsbasert pasientkunnskap og fagkunnskap vises hvordan forståelsen av samarbeidet med maniske pasienter påvirkes. Det undersøkes også hvordan pasientens egne erfaringer må legges til grunn for å utvikle kunnskap om mani som fenomen og lidelse. Studien påpeker at pasienten opplever forståelse, respekt, ivaretagelse og egenverd gjennom at fagpersoner formidler bekræftelse og interesse for pasienten som person og menneske. Det påpekes at dette må formidles både gjennom holdning og handling.

Studien vår viser lignende funn, hvor personalet ønsker å møte pasientene med innlevelse, respekt, tillit, tilstedeværelse og lytting i relasjonen. Men når skillet mellom fag og person, personlig og privat utfordres, og tidvis oppheves, kaller Karlsson dette for «grensemøter». Dette utfordrer helsepersonellens teoretiske forståelse av det å være profesjonell. Samtidig utfordres også som enhet, yrkesgruppens selvforståelse, og deres felles holdning.

I forskningsartikkelen «*Nursing staffs' perception of persons suffering from mania in acute psychiatric care*» (Hummelvoll & Severinsson, 2002) belyses sykepleierens oppfatninger av maniske pasienter, og hvordan disse oppfatningene er avgjørende for sykepleien som gis. Den beskriver også viktigheten av en felles tydelig holdning i behandlingsgruppen, for eksempel ved hjelp av skriftlige retningslinjer som omhandler tillat eller ikke-akseptabel atferd. Andre tiltak som anvendes er forhold som skal fremme beskyttelse, og dermed skape trygghet, støtte og struktur for pasienten. Dette kan være i form av skjerming og grensesetting. I forhold til kommunikasjonen, bør denne være tydelig og enkel.

Mens sykepleierne mener omsorg, samarbeid, og respekt for pasientens verdighet, integritet og autonomi er kjerneverdier i behandlingen til maniske pasienter, vil disse verdiene naturligvis utfordres som en følge av at pasienten er innlagt under tvang. I tillegg vil pasientens autonomi og frihet krenkes når pasienten må forholde seg til skjerming og grensesetting.

Hummelvoll (2012) påpeker profesjonelle og emosjonelle utfordringer i møte med den maniske pasienten: «Flere forfattere påpeker på en del reaksjoner som maniske personer skaper hos hjelperen (...) som kan dreie seg om irritasjon over pasientens krevende atferd, at man føler seg lurt og utmanøvrert. (...) Dessuten kan man få problemer med å innta en objektiv holdning til pasienten, fordi man på emosjonelt og empatisk grunnlag blir uenig med kolleger om hvordan man skal møte pasientens problemskapende relasjonelle stil. I tillegg kan man bli usikker og sint når pasienten stadig provoserer etablerte grenser.» (Hummelvoll 2012, s.209).

Helsedirektoratet (2012) beskriver egenskaper som oftest ligger til grunn i et godt behandlingsopplegg i møte med den maniske pasienten:

*«Helsepersonell som skal utøve eit praktisk omsorgsarbeid, møter faglige, etiske og holdningsmessige utfordringer. Godt psykisk helsearbeid føreset ei nyansert og heilskapleg forståing av lidingsomgrepet.»*

Hummelvoll påpeker viktigheten av å fokusere på den maniske pasientens mellommenneskelige stil, i tillegg til de kliniske symptomene, og hvordan pasientens utprøvende måter og tendenser til manipulering trenger en gjennomtenkt og konsistent måte å møte disse reaksjonene på. Dette forutsetter god kommunikasjon innenfor personalgruppen.

Når forståelsen av lidelses- eller sykdomsbegrepet beror på både en nyansert og en helhetlig tilnærming, vil jeg påstå at man som helsepersonell må minnes på pasientens utfordringer og utsatthet for krenkelser. Også tross velmenende og gode intensjoner.

Videre kreves det at personalgruppen opptrer samlet for å oppnå et konstruktivt miljøarbeid som beskytter pasienten. Dette bør gjelde på tvers av avdelinger også.

Hovedfunnene våre viste seg i hovedsak at lovendringen har medført til at pasientenes autonomi blir styrket, med et økt fokus på deres subjektive og objektive erfaring, men for helsepersonell kan det være vanskelig å vurdere pasientens samtykkekompetanse i løpet av kort tid. Det tar tid å bli kjent med pasienten som er innlagt og den tiden man trenger både som helsepersonell og pasient for å skape en allianse. Lovendringen kan være med på å styrke relasjonen til pasienten da pasienten kan få en økt tillitt til helsevesenet og helsevesenet som et system der pasienten føler de blir sett og møtt med de ønsker og behov de har, hvor de kan føle en økt tillitt til helsepersonell og institusjon, pasienten kan gjerne føle et det er trygg og hvor pasientene kan oppsøke helsevesenet på frivillig basis og



terskelen for å legge seg inn som kan gjøre at distansen mellom pasient og helsepersonell kan reduseres, som kan styrke relasjonen i stor grad. Informantene i studien opplevde pasientene som sykere enn før lovendringen, men at det er vanskelig å si dette sikkert, når man for eksempel ikke har gjort noen systematisk funksjonsskåring av pasientene. Kanskje klarer pasientene seg bedre når de kan få et bedre tilbud ute?

Relasjonen med pårørende kan i noen tilfeller bli endret eller svekket hvis pasienten blir vurdert som samtykkekompetent ved innleggelse, men at det kommer frem kort tid etterpå at pasienten ikke er samtykkekompetent og har større omsorgs- og pleiebehov enn det vi da gjerne ha fått beskjed om så vil det påvirke relasjonen til pårørende i form av vi ikke får mulighet til å innhente tilstrekkelig med opplysninger, at vi ikke får tilgang til de opplysningene vi har behov for og hvor vi ikke får gitt informasjon som vi gjerne ønsker å gi og som vi tenker kan være viktig for pårørende å innhente.

Det ble fortalt at pasienten, men noen ganger også pårørende kunne oppleve det tungt å få beskjed om at pasienten ikke er samtykkekompetent. Flere pårørende beskriver det som en krenkelse, på en måte å si til pasienten at vedkommende ikke er i stand til å bestemme over seg selv.

Informantenes bakgrunn er relevant for denne studien fordi samtlige har kunnskap og erfaringer med pasienter med bipolar lidelse i manisk fase. Antakeligvis vil utvalget av helsepersonell kunne bidra til å få frem svar på studiens problemstilling. I avsnitt styrke og svakheter.

Det finnes ulike metoder for å samle inn data, og grovt sett blir disse kategorisert som enten kvantitative eller kvalitative metoder. Både kvalitativ og kvantitativ metode er rettet mot å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i og hvordan mennesker samhandler innenfor dette (Malterud, 2011; Postholm, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). Cresswell (2013) skriver at ved kvalitativ forskning er det en oppfattelse av at det er flere realiteter. Forskeren gjennomfører studien med en intensjon å formidle disse ulike forståelsene. Malterud (2011) påpeker også dette og legger til at måten en stiller spørsmålene på, metoden en velger, hvordan datamaterialet blir analysert og tolket, vil være preget av forskerens perspektiver og teoretiske ståsted.

Med tanke på at oppgaven har et fokus rettet mot helsepersonell sine egne opplevelser og erfaringer ved en psykiatrisk sengepost, falt valget på en kvalitativ tilnærming framfor en kvantitativ tilnærming.

Kvalitativt intervju produserer kunnskaper i samspill mellom informant og intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2009). Det betyr ikke at denne kunnskapen trenger å være subjektiv.

Kvalitative forskningsintervju kan tilfredsstillende krav til objektivitet, selv om objektivitet i positivistisk forstand ofte har en snevrere betydning, der upersonlig avstand fremstår som et ideal (Malterud, 2017). Objektivitet i kvalitativ forskning kan sees i sammenheng med begrepene pålitelighet og gyldighet, som betyr at objektivitet er knyttet til forskningens konsistens og troverdighet, og til uttalelsers sannhet, riktighet og styrke (Kvale og Brinkmann, 2019).

I denne oppgaven var det derfor viktig at vi var tydelig på hvilken kontekster våre resultater er utviklet i. Vi nevnte tidligere vår forforståelse og tidligere arbeidserfaring, som kan være med på farge resultatene. Det kan tenkes at på bakgrunn av vår kunnskap og erfaring, har analysert og tolket data fra et subjektivt ståsted. Det kan også ha vært en mulighet for at vi har vært på leting etter meninger som støtter våre oppfatninger rundt betydningen av å være på psykiatrisk sengepost. Dette kan ha vært med på å senke validiteten, da oppgaven kan ha gått glipp av nyanser som er reelle for forskningsfeltet. For å forebygge dette har vi så godt som mulig prøvd å forstå informantenes standpunkt og ekskludert ledende spørsmål.

Det kan hende informantene i denne studien ville ha endret svar dersom noen andre enn oss hadde stilt spørsmålene. Det kan være flere ting som kan være av betydning. For det første kan det være av betydning hvordan vi fremtrer som personen under intervjuet, og hvorvidt kjemien og stemningen mellom oss som intervjuer og informantene (Malterud, 2011) påpeker at forskerens person vil på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og dens resultater.

Utvalget av helsepersonell/ klinikere har gitt oss flere svar på studiens problemstilling og ser derfor studien som gyldig og prøvbar for andre.

## **6 Konklusjon**

I dette kapittelet kommer konklusjon av oppgaven fra forskningen.

Studien omhandler

Målet med denne studien var å utvikle ny kunnskap omkring utfordringer mellom helsepersonell og pasient med bipolar ledelse i manisk fase etter lovendring i psykisk helsevern. I tillegg til å undersøke hvordan klinikere erfarer at lovendringen om samtykke

kompetanse har utfordret samarbeidet og relasjon med pasienter innlagt med mani. Tema i oppgaven er delt inn i:

- Lovendring og relasjon: Hvordan lovendringen i psykisk helsevern påvirke relasjonsbehandling?
- Samtykkekompetanse: Hvilke refleksjoner gjør helsepersonell sammen med pasienten i manisk fase som har samtykkekompetanse, og ikke kan holdes tilbake i tvungent vern?
- Samarbeid: På hvilken måte kan helsepersonell oppnå samarbeid med pasienten i manisk fase, innlagt på frivillig paragraf?
- Samtykke: Blir vurdering rundt samtykke utført ofte nok?

Videre et undertema hvor helsepersonell som informanter omhandlet tilleggs materialet; spørsmål om de hadde noe å legge til helt til slutt:

Vi mener det trengs økt kunnskap om hva som er den beste relasjonsbehandlingen for mennesker med bipolar lidelse i manisk fase etter lovendringen.

Det ble kommentert som betenkelig med alvorlig psykisk lidelse, uten samtykkekompetanse, ikke skal kunne få en frivillig innleggelse dersom de ønsker det. Disse pasientene må få behandling med tvang, i hvert fall juridisk, og dette blir det ikke mindre tvang av. Man kan også spørre seg om hva dette gjør med pasientens tillit til helsevesenet, når pasientene oppsøker hjelp frivillig, og det likevel blir fattet vedtak om tvang.

Det er et vilkår i loven at frivillighet skal være forsøkt før man etablerer tvang. Samtidig må vilkår om manglende samtykkekompetanse også være oppfylt for å etablere tvang. Loven sier imidlertid at man ikke kan benytte frivillighet dersom pasienten mangler samtykkekompetanse. Vilkåret i loven om å forsøke frivillighet virker derfor å være overflødig. Det vil det imidlertid ikke være dersom ansvarlig helsepersonell kunne beslutte helsehjelp, når det ikke foreligger motstand, og da ville man også oppnådd mindre formell tvang.

Vurderingen av samtykkekompetanse hos pasienter med mani oppleves spesielt utfordrende og kan være komplekse og arbeidskrevende, samt at pasientens rett til selvbestemmelse byr på etiske utfordringer for helsepersonellet. Det erfarer på sengepost, er at kan være vanskelig å vurdere pasientens samtykkekompetanse i løpet av kort tid. Når pasienten blir vurdert med samtykkekompetanse, og det i senere tid viser seg at en ikke innehar det, eller har en sterk

reduisert samtykkekompetanse, så kan det medføre en del utfordringer for helsepersonell da vi ikke får gitt dem tilstrekkelig og adekvat behandling som pasienter gjerne har behov for fordi lovverket er annerledes ut ifra om man er vurdert som samtykkekompetanse eller ikke. Dette kan gi en forsinkelse i behandling, oppfølging og eventuelt videreformidling av helsetjenester slik at det tverrfaglige samarbeidet også kan bli svekket og redusert. Lovendringen har medført at pasientens autonomi blir styrket, og det er økt fokus på pasientens selvbestemmelse. Det er usikkert om lovendringen har ført til mindre tvang, men pasientens rettsikkerhet antas å ha økt. Pasientens samtykke er veldig viktig og det fremmer pasientens autonomi, men det kan også gi store utfordringer for helsepersonell. Det er en opplevelse av at det er sykere pasienter som legges inn nå enn før lovendringen. Det oppleves at pasienter ofte skrives ut fra sykehuset tidligere i behandlingsforløpet sammenlignet med før. Det er stor utfordring når en vet hvilke konsekvenser og påkjenninger det i noen tilfeller kan få får pårørende.

Flere av funnene viser muligheter som kan bedre både den tverrfaglige samhandlingen med alle berørte parter samt at informantene belyser viktigheten av en god relasjon som avgjørende for samarbeid. Maktskiller bør tas tak i og fjerne disse fra dagens lys. I etterkant analyse av intervjuene viser det seg at det brukes mer tvang nå enn tidligere etter lovendringen og som er lite gunstig for pasientene. De har nok skam å bearbeide etter å ha skjemt seg ut, men får i tillegg enda mer å bearbeide når tvang må brukes unødvendig.

Alle informantene visste i hovedsak hva lovendringen gikk ut på, men ble enda mer bevisst til innholdet i forkant av intervju. Refleksjoner under intervjuene var med på å bidra til ytterligere engasjement for den maniske pasienten som sannelig ikke har det greit i enkelte situasjoner i dag. I tillegg berøres også pårørende unødvendig når de står maktesløse å «se på» sine nære gå til grunne og i enkelte tilfeller ikke kan få gjort noe somhelst.

Gjennom denne studien er funn i samsvar med teori og det som informantene fortalte oss. Funn som ble gjort har svart på studiens problemstilling samt mer. De har kommet frem til aktuelle områder som kan være nyttig i videre forskning og som kan bidra til ytterligere forskning på området.

## Referanser

Andersen, T. (2008). *Inspirasjon. Tom Andersen og reflekterende prosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Barker, R.A. (2001). The nature of leadership. *Human Relations*, 2001.

Blaikie, N. (2010). *Designing social research*. Cambridge: Polity Press.

Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions: I: Horvath A.O, Greenberg L.S, red. *The working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley; 1994. S. 13-37.

Brinchmann, B.S (2013) I: Brinchmann (red). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. 3rd Edition. Sage: London.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsedirektoratet. (2017). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer (IS-1/2017)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer>

Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani: Forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eliassen, H. & Seikkula, J. (2006). *Reflekterende prosesser i praksis. Klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Harboe, T. (2006). *Kvalitative og kvantitative metoder. Indføring i samfunnsvidenskabelig metode*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

Heggen, F. (2019, 02. juni). *Tvang kan sikre den beste behandlingen*. Hentet fra <https://www.nettavisen.no/nyheter/tvang-kan-sikre-den-beste-behandlingen/3423690993.html>

Helsedirektoratet (2012), *Nasjonale faglige retningslinjer for utgreiing og behandling av bipolare lidingar*. Lokalisert på:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar.pdf>

Helsedirektoratet. (2012). Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar.pdf>

Hummelvoll, JK. (2020). Helt – ikke stykkevis og delt. *Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E. (2002). Nursing staffs' perception of persons suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 416-424. Hentet fra Cinahl. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02199.x

Karlsson, B. (2005) Mani som livsbrus og et psykiatrisk problem – *Omsorgens dilemmaer i en akuttpsykiatrisk kontekst*. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 7(1), 3-13. Lokalisert på:

[http://www.uio.no/studier/emner/medisin/isv/SYKVIT4222/v06/SYKVIT4222ArtikkelDelek\\_samen2.pdf](http://www.uio.no/studier/emner/medisin/isv/SYKVIT4222/v06/SYKVIT4222ArtikkelDelek_samen2.pdf)

Karlsson, B. (2006). Jeg tror det var måten hun snakket til meg på. Erfarings basert pasientkunnskap fra en akuttpsykiatrisk post. Hentet fra [www.idunn.no](http://www.idunn.no) 26/9-18. Idunn. Oslo: Universitetsforlaget

Karlsson, B. & Borg, M. (2018). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kjellevoll, A. (2008) Pårørende i psykisk helsearbeid. Hentet fra [https://www.idunn.no/tph/2008/04/parorende\\_i\\_psykisk\\_helsearbeid](https://www.idunn.no/tph/2008/04/parorende_i_psykisk_helsearbeid)

Kletthagen, H. & Aarhus Smeby, N. (2009). Informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien. DOI: 10.4220/sykepleienf.2007.0022

Kristoffersen, B.L. (2001). *Psykologi og etikk for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). Det kvalitative forsknings intervju (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lambert, V.A., and Lambert, C.E. (2012). Qualitative descriptive research: An acceptable design. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*.

Lauveng, A. (2017). Tvang og samtykke. Hva er egentlig samtykke kompetanse? Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse Erfaringskompetanse.no

<https://tidsskriftet.no/>

### Lindholm

Malterud, K. (2017). Kvalitative forsknings metoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Nortvedt, P. (2012). Sykepleiens grunnlag. *Historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Olkowska, A. (2016). Miljøterapi og det systemiske perspektiv. I miljøterapi – prinsipper, perspektiver og praksis. Olkowska, A. & Landmark, B. (red.), (2016). Bergen: Fagbokforlaget.

Pedersen, R. & Aarre, T.F. (2017). Autonomi, informert samtykke og samtykkekompetanse Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient – og brukerrettigheter LOV-1999—07-02-63 Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, I.R & Nortvedt, P. (Red). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Psykisk helsevernloven. (2017). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-2019-06-21-48). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_2)

Strømstad, J.V., Torbjørnsen, E., A.B., & Aasland, K., A.M (2018). Hvem er du? *Miljøterapi i relasjoner*. Stavanger: Hertevik forlag, Akademisk

Sæterstrand, (2009) Virksomme relasjoner i psykiatrisk sykepleie. Tidsskriftet Sykepleien. 23(3). Hentet fra : <http://docplayer.no/3893900-Virksomme-relasjoner-i-psykiatrisk-sykepleie.html>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E (2010). Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn.Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Thagaard, T. (2010). Systematikk og innlevelse. *En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thorgaard, L & Haga, E. (2017). Gode relationsbehandlere og god miljøterapi. Stavanger: Hertervik Forlag.

Tomassen, A & Bøe, T. D (2017). Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre. Oslo: Universitetsforlaget.

Willumsen, E. (2016) *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget.

World Health Organization. (2014). Mental health. A state of well-being. Hentet 14.07.21 fra [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

Aadland, E. (2001). Etikk for helse og sosial arbeidarar. Oslo: Det Norske Samlaget.

Aanderaa, I. (1999). Relasjoner i teamarbeid. *Et psykodynamisk perspektiv*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.



## Vedlegg

### Vedlegg 1 – INTERVJUGUIDE

#### Problemstilling:

#### Hvordan lovendring i psykisk helsevern påvirker relasjonsbehandling?

Sekundær problemstillinger/spørsmål blir:

1. På hvilken måte påvirker lovendringen i psykisk helsevern relasjonen mellom helsepersonell i post og pasienter innlagt i manisk fase?
2. Hvilke refleksjoner gjør helsepersonell sammen med pasienten i manisk fase som har samtykkekompetanse, og ikke kan holdes tilbake i tvungent vern?
3. På hvilke måter kan helsepersonell oppnå samarbeid med pasienten i manisk fase innlagt på frivillig paragraf?
4. Blir vurdering rundt samtykke utført ofte nok?

<b>Tema</b>	<b>Tematiske spørsmål</b>	<b>Stikkord for mulige oppfølgingsspørsmål</b>
Tidligere erfaring i psykiatri	Har du jobbet innen psykisk helse før du startet i psykiatrisk sengepost?	- Omfang - Ferdighetsnivå - Trygghetsfølelse

		- Stressende situasjon
Relasjon	Nevne faktorer som kan bidra til å skape en relasjon?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empati</li> <li>- Tillitt</li> <li>- Åpenhet</li> <li>- Være personlig</li> <li>- Humor</li> <li>- lytte</li> </ul>
Samtykkekompetanse		- Sykdomsbilde
Bipolar – manisk fase		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilpasser kommunikasjon</li> <li>- Miljøterapi</li> </ul>
Lovendring		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frivillig innleggelse</li> <li>- Tvang innleggelse</li> </ul>
Avsluttende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er det noe du har tenkt på under intervjuet som viktig, som du ønsker å legge til?</li> <li>- Hvordan opplevde du å bli intervjuet?</li> </ul>	