



Bacheloroppgave

SY300215 Bacheloroppgave i sykepleie

Hvilke utfordringer møter pasienter med bipolar lidelse i sin hverdag, og hvordan kan de bedre mestre disse?

What challenges do patients with bipolar disorder meet in their everyday life, and how can they better cope with these?

Kandidatnummer: 10017 og 10064.

Totalt antall ord: 8310

Antall sider inkludert forsiden: 57

Hovedveileder: Eva Walderhaug Sæther

Innlevert Ålesund, 22. mai 2018

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: 1. ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands. 2. ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt. 3. ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt. 4. har alle referansene oppgitt i litteraturlisten. 5. ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattrollert	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 22. mai 2018

«Jeg savner ofte å være midt på. Jeg føler at de siste årene så har jeg vært enten nede eller oppe. Det er jo feil å si det i dag, for nå føler jeg meg ganske midt på. Men jeg føler det går opp og ned og opp og ned, og så stopper jeg liksom ikke på midten noe særlig. Det er strevsomt, altså, når du føler at du jager opp og ned. Du føler aldri du kan sitte i midtstille og slappe litt av liksom, du jager opp og ned. Det er en forferdelig lidelse i grunnen.»

(Veseth, 2012, s. 453).

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne bacheloroppgaven var å finne ut hva pasienter med bipolar lidelse opplevde som utfordringer i deres hverdagsliv og hva de eventuelt kunne gjøre for å bedre mestre disse utfordringene.

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie. Åtte forskningsartikler er inkludert, både kvantitativt og kvalitativt orienterte, samt en med kombinert metode. Sju av disse omhandler pasienter med bipolar lidelse, mens den siste omhandler psykisk helse generelt.

Resultat: Funnene i artiklene viste at pasientene hadde et behov for å bli inkludert når det gjaldt deres behandlingsforløp, samt det å bli hørt når de fortalte om viktige aspekter ved behovene deres. Pasientene hadde sine mestringsstrategier, men det var ikke alltid disse i seg selv var nok. Medisinoverholdelse viste seg også å være en stor utfordring, da dette ble sett på som krevende og med mange uønskede bivirkninger. Pasientene hadde ikke tilstrekkelig kunnskap om bipolar lidelse, og det var et behov for å få utvidet denne kunnskapen.

Konklusjon: Pasientene ønsket å bli inkludert i deres behandlingsforløp, og dette kunne sykepleieren gjøre ved å utarbeide en plan for pasienten med pasienten. Sykepleieren har en viktig rolle i mestrings- og forebyggingsarbeidet. Motiverende intervju hjalp pasientene til å bedre overholde sin medisinerings, mens en psykoedukativ terapi økte pasientens kunnskap om lidelsen og førte til bedre kontroll.

Abstract

Aim: The aim of this bachelor thesis was to explore what patients with bipolar disorder experienced as challenges in their everyday life and to find out what they could do to better cope with these challenges.

Method: This is a systematic literature review. Eight research articles were included, these consisted of both quantitative and qualitative articles. One article with a mixed-method was also included. Seven of these articles are centered around bipolar disorder while the last one is centered around mental health in general.

Results: The findings in the article indicate that patients with bipolar disorder have a need to be included in their treatment process and being heard. These are described as crucial aspects of support. The patients had their coping strategies, but these did not always suffice. Medication adherence was a challenge as this was viewed as demanding and with undesirable side effects. The patients did not have sufficient knowledge about bipolar disorder, and there was a need to have this knowledge increased.

Conclusion: The patients expressed their wishes to be included in their treatment process, and this was something the nurse could help with by drawing up a plan for the patient, with the patient. The nurse has an important role to play in increases coping skills and prevention strategies for the patients. Motivational interviews helped the patients to better adhere with their medication while a psychoeducative approach increased the patients knowledge about the disorder and led to better control.

Innholdsliste

1. Innledning	1
1.1 Studiens hensikt	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Avgrensninger	3
1.5 Oppgavens oppbygging.....	3
2. Teoribakgrunn	4
2.1 Psykisk helse	4
2.2 Bipolar lidelse	4
2.3 Antonovskys mestringsteori.....	5
2.4 Brukermedvirkning	5
2.5 Kari Martinsens omsorgsteori	5
2.6 Psykoedukasjon.....	6
3. Metode	8
3.1 Datasamling.....	8
3.1.1 Søkestrategi	9
3.2 Kvalitetsvurdering	9
3.4 Etske vurderinger	10
3.5 Analyse.....	10
4. Resultat	12
4.1.1 Brukermedvirkning	12
4.1.2 Informasjon og opplæring	13
4.1.3 Pasienters holdninger til medikamentell behandling	14
5. Diskusjon	17
5.1 Metodediskusjon	17
5.2 Resultatsdiskusjon.....	18
5.2.1 Å bli delaktig i egen behandling	18
5.2.2 Informasjon og opplæring	21
5.2.3 Pasienters holdninger til medikamentell behandling	24
6. Konklusjon	27
7. Litteraturliste	28

1. Innledning

Denne bacheloroppgaven omhandler psykiske lidelser, og har bipolar lidelse som tema. Sykdommer har ulik status og nederst på rangstigen står psykiske lidelser. Det er fortsatt heftet skam og tabuforestillinger til psykiske lidelser (Tjora, 2012, s. 78). I følge Lyngstad (2000, s. 3) fører stigmatisering av personer med psykiatriske lidelser til negative konsekvenser for deres livskvalitet. Samtidig så viser Lyngstad (2000, s. 4) til en studie gjort i Storbritannia og Irland der det viste seg at mer enn 75 % av befolkningen regnet psykiatriske pasienter som potensielt farlige, og det er ikke helt unaturlig å dra sammenligning med Norge, da disse landene begge er en del av den vestlige verden. I regjeringens strategi for god psykisk helse (2017, s.13) sies det at med psykisk helse i folkehelsearbeidet menes det samfunnets innsats for å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet, med særlig vekt på mestringsbetingelser og utjevning av sosiale forskjeller i psykisk helse.

Bipolar lidelse debuterer vanligvis sent i tenårene eller tidlig i tjuårene. Bipolar lidelse er en psykisk lidelse, og det finnes fortsatt betydelig stigma relatert til psykiske lidelser (Ødegaard, Syrstad og Ødegaard, 2012, s. 429). Det finnes to typer bipolar lidelse, type 1 og type 2. Ved bipolar lidelse type 1 har pasienten maniske episoder og som oftest depresjoner, mens ved type 2 har pasienten hypomane episoder og alvorlige depresjoner, men har aldri vært manisk (Aarre, Bugge og Juklestad, 2015, s. 96). Verdens Helseorganisasjon (WHO, 2001, s. 27) ga ut en rapport hvor de rangerte bipolar lidelse som mer uførhetsskapende enn alle typer kreftsykdommer og primære nevrologiske lidelser.

1.1 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å undersøke hva pasienter med bipolare lidelser opplever som utfordrende, og hvordan de kan inkluderes i tjenestetilbudet til å best kunne mestre hverdagen sin.

1.2 Problemstilling

Hvilke utfordringer opplever pasienter med bipolar lidelse i sin hverdag, og eventuelt hvordan de bedre kan mestre disse?

1.3 Begrepsavklaring

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-3a) definerer «pasient» som en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten for å motta helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp. En «bruker» er en person som benytter av relevante tjenester i en eller annen form. En bruker er en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innen psykisk helsefelt (Larsen, Aasheim og Nordal, 2006, s. 7). Begrepene «bruker» og «pasient» brukes om hverandre i denne oppgaven, alt ettersom hvilket begrep er relevant for det vi skriver. Dette ser vi også gjøres i pensumboken «Helsepedagogikk» av Tveiten (2016b, s. 5). Hun skriver at begrepene brukes om hverandre, alt ettersom hva som er hensiktsmessig og logisk i konteksten.

Med eutymi menes sinnsro eller sjelefred (Nordbø, 2018). En normal mental tilstand eller humør hos mennesker med bipolar lidelse som verken er manisk eller depressiv (Merriam-Webster, 2018).

Med vestlig land menes her land i Vest-Europa, Nord-Amerika og Oseania (Høydahl, 2008).

Med sykdom menes fellesbetegnelser på tilstander som kjennetegnes ved forstyrrelser i kroppens normale organiske og forandrer dem på en skadelig måte (Roald, 2018). Med psykiske lidelser menes det sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser (Aslaksen og Malt, 2018). I vår besvarelse brukes disse begrepene om hverandre, alt ettersom hvilket begrep som er relevant i konteksten, da vi ser at ulike forfattere også bruker ulike begrep.

Mestring kan forstås som å klare noe på egen hånd, som å takle stress eller sykdom, slik at man kan håndtere hverdagen på en god måte (Tveiten, 2016a, s. 174).

1.4 Avgrensninger

Pasientene/brukerne vi skriver om i denne oppgaven er personer som ikke er innlagt på institusjoner. Vi møter dem i kommunen, i form av kommunaltjenester som hjemmesykepleie og dagsenter.

Vi har valgt å ikke fokusere på kun det maniske eller depressive ved bipolar lidelse. Vi ønsket å få et helhetlig bilde av lidelsen, og valgte derfor å inkludere hele sykdommen. Vi fokuserer heller ikke på en bestemt type bipolar lidelse av samme grunn.

1.5 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven bygger seg først opp på en teoribakgrunn som presenteres i kapittel to. Her presenteres relevant teori for oppgaven. I kapittel tre introduseres metodedelen av oppgaven. Her vil vi gå gjennom vår søkestrategi, våre artikler og funnene vi har gjort i dem. I resultatdelen, kapittel fire, så presenterer vi funnene vi gjorde ved analyseringen av våre artikler. Videre i kapittel fem vil vi presentere en metodediskusjon og en resultatsdiskusjon. Oppgaven avsluttes med en konklusjon og evt. et forslag til videre forskning.

2. Teoribakgrunn

2.1 Psykisk helse

Murray og Huelskoetter (referert i Hummelvoll, 2012, s. 35) mener at psykisk helse innebærer emosjoner, interesser, motivasjoner, holdninger og verdier hos personen fortsetter å modnes gjennom livet etter som personen:

- 1) engasjerer seg i samhandling med andre mennesker og omgivelsene,
- 2) viser fleksibilitet og stabilitet i tilpasnings- og mestringsevner,
- 3) utfører de utviklingsoppgaver som møtes i ulike livsfaser og aldre, og
- 4) oppfyller sosiale roller med effektivitet og glede.

2.2 Bipolar lidelse

Bipolar lidelser er en stemningslidelse hvor det i noen faser foreligger senket stemningsleie og i andre faser hevet, det vi kaller mani eller hypomani (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010, s. 340). Mani defineres som en oppstemt episode som varer i minst en uke og påvirker funksjonsnivå, mens hypomani er mindre uttalt og trenger ikke å vare mer enn fire dager. Det sentrale maniske symptomet er hevet stemningsleie og at pasienten er i urimelig godt humør. Det er ikke uvanlig at pasientene blir irritable eller aggressive. Andre symptomer er blant annet økt selvtillit, storhetsforestillinger, mindre behov for søvn og nedsatt dømmekraft (Aarre, 2015, s. 96). Endringer i kognitiv fungering kommer til syne i form av tankeflukt og pratsomhet (Ødegaard, Høyenstein og Fasmer, 2012, s. 63).

Bipolar lidelse kan påføre pasienter funksjonsnedsettelse og store konsekvenser, både i privat- og arbeidsliv, men alvorlighetsgraden varierer fra pasient til pasient. Lidelsen er også nummer fem på listen over sykdommer som forårsaker mest uførhet blant unge mennesker i alderen 15-44 år i verden. Av psykiske lidelser, så er det kun depresjon og schizofreni som fører til mer uførhet på verdensbasis (WHO, 2001, s. 27).

2.3 Antonovskys mestringsteori

Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er de tre begrepene som står sentralt i Antonovskys teori om mestring og stress (Antonovsky, 2012, s. 39). Med begripelighet mener han hvordan man oppfatter stimuli man blir konfrontert med, både i det ytre og indre miljø, hvor kognitivt forståelig man er, som velordnet, sammenhengende, strukturert i stedet for kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uventet og uforståelig (Antonovsky, 2012, s. 39-40). Med håndterbarhet mener Antonovsky hvordan den enkelte opplever at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet for å kunne håndtere kravene man blir stilt overfor stimuliene man utsettes for (Antonovsky, 2012, s. 40). Det tredje, og siste, begrepet Antonovsky skriver om er meningsfullhet. Med dette mener han ting som er ansett som viktig for den enkelte, som aktiviteter de var involvert i og som ga dem mening. Disse aktivitetene kan bli sett på som utfordringer, men ved å finne en mening i det så kan det være verdt engasjementet man legger inn følelsesmessig (Antonovsky, 2012, s. 41

2.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og derfor ikke noe helsetjenesten kan bestemme og forholde seg til eller ikke. Brukere har rett til å medvirke, og helsetjenesten er pliktig til å involvere brukere i behandling og valg av tjenestetilbud. Brukermedvirkning er et virkemiddel som kan bidra til økt treffsikkerhet med tanke på utformingen og gjennomføringen av individuelle tilbud. Brukermedvirkningen har også en verdi i at mennesker som søker hjelp gjerne vil bestemme over viktige deler av sitt eget liv, motta hjelp på egne betingelser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Ved at brukeren kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, så vil dette kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Dette vil kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og dermed ha en terapeutisk effekt i seg selv (Helsedirektoratet, 2017b).

2.5 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen (2006, s. 135) skriver at i sykepleien trenger vi kunnskaper som vektlegger og prioriterer omsorgsverdier. Hun beskriver begrepet omsorg ved tre dimensjoner: relasjonelt, praktisk og moralsk.

I et relasjonelt perspektiv mener Martinsen (2006, s. 136) at vi er henvist til hverandre for å ta vare på hverandre. Hun skriver at omsorg er å knytte bånd og å inngå i relasjoner, samt at ikke noe menneske er noe i og gjennom seg selv alene (Martinsen, 2006, s. 137).

Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss (Martinsen, 1989, s. 14).

Omsorg er også et praktisk begrep. Det innebærer at man skal også handle, ikke bare synes synd på, men gå bort til den fremmede (Martinsen, 1989, s. 16). Det viktigste i handlingsrelasjonen er at omsorgsgiver ikke forventer å få noe igjen eller at begrunnelsen for handlingen er å få noe igjen eller oppnå et resultat (Martinsen, 1989, s. 16).

Omsorg har for det tredje en moralsk side og det har med, om hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet, å gjøre (Martinsen, 1989, s. 17). Målet er at de svakes posisjon kan endres slik at de får reell mulighet til å leve det beste liv de er i stand til.

2.6 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er en form for psykologisk behandling. Når man i dag anvender begrepet psykoedukasjon eller psykoedukativt arbeid, snevrer vi dette inn fra den generelle kunnskapsformidlingen til mer spesifikt å omtale terapeutisk rettet arbeid med pasienter og familier (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010, s. 176).

Systematiske psykoedukative intervensjoner kan bestå av informasjonen om sykdomsformer, gi realistiske forventninger om prognose og bedring, påpeke betydningen

av kommunikasjon, redusere familiemedlemmers skyldfølelser, formidle kunnskap om medikasjon, samt hjelp til å lære tidlig å fange opp pasienters signaler om behov for hjelp.

Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2010, s. 177) og Aarre (2012b, s.175) omtaler psykoedukasjon i et empowerment-perspektiv og understreker at i det psykoedukative arbeidet forsøker en å løfte pasienter og pårørende fra en tradisjonell rolle som passiv mottaker av behandling, til å bli aktive bidragsyttere i bedringsarbeidet.

3. Metode

Undervisningsplanen for bacheloroppgaven i sykepleie ved NTNU Ålesund sier at vi skal ta i bruk systematisk litteraturstudie som metode. En systematisk litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk vurdere og deretter slå sammen litteratur innenfor et valgt emne eller problemområde (Forsberg og Wengström, 2016, s. 30). Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2014, s. 111). I følge Mulrow og Oxman (referert i Forsberg og Wengström, 2016, s. 27) skal en systematisk litteraturstudie ta utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, vurdere, velge og analysere relevant forskning. En systematisk litteraturstudie skiller seg fra en allmenn litteraturstudie med litteratursøking, kritisk vurdering og analyse av resultater (Sirriyeh, referert i Forsberg og Wengström, 2016, s. 27).

De kvantitative metodene har den fordel at den gir data i form av målbare enheter. Disse tallene kan da gi oss en mulighet til å gjøre regneoperasjoner, som det å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde (Dalland, 2014, s. 112). Den kvalitative metoden tar sikte på å tolke og skape mening og forståelse i mennesket subjektive opplevelse av omverdenen (Forsberg og Wengström, 2016, s. 44).

Vi har i vår oppgave valgt å bruke både kvantitative og kvalitative artikler, samt én artikkel med kombinert metode. Dette har vi gjort bevisst, for å få et mer nyansert bilde. Retningslinjene for bacheloroppgaven tilsier at vi skal bruke minst åtte forskningsartikler i besvarelsen. De åtte artiklene vi skal bruke har pasientperspektiv, siden vi skriver oppgaven ut i fra det perspektivet.

3.1 Datasamling

Vi begynte med datainnsamlingen i oktober 2017. På dette tidspunktet arbeidet vi med prosjektplanen for bacheloroppgaven, og her samlet vi inn nødvendig og relevant litteratur. Dette inkluderer forskning og bøker, både pensum og ikke-pensum, samt lover og nettsider.

3.1.1 Søkestrategi

I vår søkeprosess brukte vi databasene CINAHL og PubMed, samt Science Direct. De to første databasene er særlig anbefalt av Forsberg og Wengström (2016, s. 65). Søk i databasene supplerte vi med manuelle søk, som vil si at man for eksempel ser i en artikkels referanseliste for forskning. Forsberg og Wengström (2016, s. 64) skriver at når man har funnet en interessant artikkel som berører problemområdet bør det første steget være å studere referanselisten.

I følge Forsberg og Wengström (2016, s. 73) er det første steget i utvelgelsesprosessen å identifisere interesseområde og å finne søkeord. Under søket etter artikler, så kombinerte vi søkeord med den boolske operatøren «AND». Denne operatøren begrenser antall treff man får (Forsberg og Wengström, 2016, s. 69). Vi leste først igjennom artikkeloverskrifter, for deretter å lese sammendragene for de artiklene vi syntes virket interessante. Vi leste så artiklene vi syntes virket relevante for vår problemstilling. Søkeord som vi brukte var blant annet; «bipolar disorder», «medication compliance», «homecare» og «home». En systematisk oversikt over vår søkehistorikk, og våre søkeord, er vedlagt oppgaven (vedlegg: søkehistorikktabell).

Inklusjonskriterier for artikler	Eksklusjonskriterier
Omhandle det valgte oppgavetemaet	Eldre enn ti år
Pasientperspektiv/pasientopplevelser	Pasienter innlagt i institusjoner
Etiske hensyn skal være tatt	Pasienter under en pågående manisk eller depressiv episode
Fagfellevurderte	Land med ikke-sammenlignbar kultur til den norske kulturen
IMRAD-struktur	Rusmisbruk
Engelsk eller skandinavisk språklig	

3.2 Kvalitetsvurdering

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann ved å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2012, s. 66).

Vi har benyttet register over vitenskapelige publiseringskanaler av Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å kvalitetssjekke tidsskrifter. Hvert tidsskrift artiklene ble publisert i ble slått opp i dette registeret, og dette ble gjort for å finne ut om de hadde tilfredsstillende nivåer. Vi har også tatt i bruk sjekklister fra Forsberg og Wengström for å kvalitetssikre våre artikler, og vi legger ved et eksempel (vedlegg: sjekkliste). Alle artiklene ble sjekket opp mot disse. Disse sjekklisene var oversiktlige og relevante. De fleste spørsmålene på sjekklisten var ja-nei spørsmål, og dette gjorde det enkelt å sjekke om artiklene var etter våre forventninger.

3.4 Ethiske vurderinger

I en systematisk litteraturstudie tar sikte på å utarbeide en syntese av tidligere bearbejdet studier (Forsberg og Wengström, 2016, s. 30). Det er gitt ut retningslinjer for hvordan medisinsk forskning bør gjøres. Juks og uærlighet skal ikke forekomme innen forskning (Forsberg og Wengström, 2016, s. 59). I helseforskningsloven (2008, § 5) blir det slått fast at forskningen skal være basert på respekt for forskningsdeltakernes menneskerettigheter og menneskeverd og at hensynet til deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser. Forsberg og Wengström (2016, s. 132) sier at innen en studie blir gjort, så skal det søkes om etisk godkjenning fra en lokal eller regional komité. Fem av våre artikler har fått denne godkjennelsen. De resterende artikler har ikke søkt om en slik tillatelse, men har på andre vis tatt etiske hensyn. De har gitt deltakerne god informasjon om studien, skriftlig og muntlig, fått skriftlig samtykke og anonymisert deltakerne. To av de resterende artiklene er fra England, mens den siste er fra USA.

3.5 Analyse

Å analysere vil si å dele opp i mindre deler. Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre biter og undersøke dem hver for seg (Forsberg

og Wengström, 2016, s. 152). For å best kunne analysere våre artikler, så har vi tatt i bruk Evans' (2002) modell for hvordan man kan analysere artikler. Dette gjorde vi fordi vi synes den var oversiktlig og forståelig i bruk, og ga relevant informasjon om hvordan vi skulle gå fram. Modellen er delt inn i fire faser:

Den første fasen går ut på å finne tematikken for oppgaven, for deretter å finne artikler relatert til tematikken. Dette betyr at man gjør søk i databaser og andre relevante områder eller medier for å finne artikler som passer oppgavens tema. Inklusjons- og eksklusjonskriterier må også tas med. Så velger man artiklene man vil bruke i besvarelsen.

Fase to forteller at man skal lese gjennom hver enkelt artikkel flere ganger for å få en bedre forståelse for innholdet. Her skal man være oppmerksom på både hva studien selv sier og hva som blir sagt av enkeltpersoner. Deretter skal man identifisere de viktige funnene i artikkelen, og samle dem. Denne samlingen av funn vil redusere studien fra dens helhet til kun de viktige funnene. Vi valgte å gjøre dette ved å lese artiklene hver oss, for deretter å fortelle hverandre om de temaene vi fant. Temaene vi begge hadde funnet ble presentert som våre hovedfunn.

Etter å ha lest alle artiklene og samlet funnene, så skriver Evans' (2002) videre at fase tre innebærer å sammenligne funnene. Samlingen vil hjelpe oss med å finne felles temaer som går i gjennom alle artiklene. Funnene skal grupperes og settes i "likhetskategorier". Dette gjorde vi ved å sammen sette oss ned og ta for oss hver enkelt artikkel. Vi leste gjennom dem og skrev ned temaer vi så artiklene dekte. De tre hovedtemaene vi fant ved å lese artiklene var pasientenes behov for medvirkning, pasientenes holdninger til medikamentell behandling og behov for kompetanseutvikling.

Videre i fase fire så skal man analysere alle funnene gjort i de tidligere fasene, for så å sette dem sammen og skape en helhetlig oversikt over resultatene man har fått.

4. Resultat

Etter å ha analysert våre artikler så har vi kommet fram til ulike temaer som vi ser har en innvirkning på hvordan pasienter med bipolar lidelse opplever sin hverdag.

4.1.1 Brukermedvirkning

Funnene viste pasientene var opptatte av å bli inkludert når det gjaldt deres behandling. Et korttids undervisningsprogram, samt en kartlegging av pasientenes behov for å bli inkludert i deres behandlingsforløp, gjorde pasientene mer tilfreds med og mer delaktig i deres behandling. Pasientene opplevde samtidig et økt velvære og bedre psykisk helse. Selvhjelpsmetoder og mestringsstrategier for å unngå maniske eller depressive episoder ble gjort rede for. At pasientene satte seg selv mål og var delaktige i positive aktiviteter mens de var depressive ble dratt fram som særlig hjelpsomt. Gode mestringsstrategier som en god døgnrytme, godt kosthold og trening, samt refleksjonsmetoder som å skrive dagbok og læring om lidelsen ble også dratt fram hjelpsomt (Lara-Cabrera et al, 2016, s. 766; Billsborough et al, 2014, s. 12). En kvinnelig pasient i femtiårene fortalte hvordan hun unngikk depressive episoder:

«... forcing myself to arrange something to which I could look forward to»
(Billsborough et al, 2014, s. 11).

Å kunne gripe tidlig inn i forløpet av en kommende episode ble dratt fram som svært viktig i studiene. For å kunne oppleve en bedring av å leve med lidelsen, så ville pasientene at de skulle være i stand til å kunne legge merke til tegn og symptomer på at de var på vei inn i en manisk eller depressiv episode. Slik kunne de raskt gripe inn og stoppe seg selv fra å gå inn i en episode. Det var viktig å kunne gripe inn før man nådde et krisepunkt. Dette ble dratt som en viktig egenskap å kunne i forhold til deres velvære. Grep man inn for sent, så ville alternativet være innleggelse på sykehus. Å lytte til kroppens signaler var en viktig del av det forebyggende arbeidet, og viktig for pasientenes velvære. Disse signalene kunne være kroppslige, sosiale eller emosjonelle. Å lære seg å lytte til disse signalene var ikke lett, og mange pasienter fortalte at de måtte oppleve en

manisk eller depressiv episode for å bli bedre på å mestre lidelsen (Billsborough et al, 2014, s.12; Veseth et al, 2012, s. 126; Lara-Cabrera et al, 2016, s. 766).

Å bli hørt var noe pasientene var opptatte av. De hadde et behov for å bli hørt og det var viktig med et aktivt engasjement fra motparten sin side når det gjaldt kommunikasjon. En kvinnelig pasient i femtiårene fortalte:

“I think [what helped me] was being able to talk to somebody on their own, at a very, very, deeply level” (Billsborough et al, 2014, s. 11).

En kvinnelig deltaker i tjuårene fortalte at å ha noen å prate til når hun var manisk, kunne hjelpe henne ut av episoden. Når hun var depressiv, så hjalp det å ha noen som brydde seg om henne og fortalte henne at hun skulle komme seg gjennom episoden. I det motsatte tilfellet, så kunne det å ikke bli hørt på føre til fortvilelse. Noen deltakere fortalte også at kognitiv adferdsterapi sammen med helsepersonell hjalp dem når det gjaldt humørsvingninger (Billsborough et al, 2014, s. 12).

En strategi som innebar individuelt tilpassede pleieplaner viste seg også å være effektivt i arbeidet med forebygging. Disse planene ble utarbeidet i samarbeid med pasientene, og sammen fant de ut hvilke faktorer som kunne utløste et tilbakefall av maniske episoder og hvilke tiltak som kunne gjøres for å forhindre dette (Murton et al, 2014, s. 276). Denne strategien reduserte antall innleggelser betraktelig. Før strategien ble tatt i bruk, så var det 105 innleggelser totalt, mens det ved etter bruk kun var 54 innleggelser totalt.

4.1.2 Informasjon og opplæring

Sajatovic et al. (2011, s. 284) fant ut at over en tredjedel av pasientene følte de ikke visste nok om bipolar lidelse og at over halvparten følte de ikke hadde noen personlig kontroll over sykdommen sin. Goossens et al., (2010, s. 1204) fant ut at 44% av pasientene ikke kunne gjenkjenne varselsymptomer av verken mani eller depresjon. De første symptomene

på mani pasientene likevel kunne kjenne igjen var forandret energinivå, søvn og sosial fungering (Goossens, 2010, s. 1204).

Sammenhengen mellom antall depressive episoder gjennom livet og evnen til å gjenkjenne depressive symptomer var signifikant, og pasientene lærer å identifisere symptomer bedre ved å oppleve dem enn ved å ha terapeutiske inngrep (Goossens et al, 2010, s. 1206). Dette sto i kontrast til noen andre funn, der de fant ut at pasienten ville ha god læring av undervisning (D'Souza, Piskulic og Sundram, 2010, s. 274).

D'Souza, Piskulic og Sundram (2010, s. 272) sin studie forsket på om psykoedukasjon kunne øke kunnskap hos pasientene når det gjaldt lidelsen, forebygge tilbakefall og holde pasientene eutymiske over lengre perioder. Et relativt kort gruppebasert psykoedukasjons program førte til et redusert antall tilbakefall hos 29 av 45 pasienter i inntil 60 uker etter den psykoedukative behandlingen. Pasientene holdt seg også lengre friske, gjennomsnittlig elleve uker lengre en kontrollgruppen (D'Souza, Piskulic og Sundram, 2010, s. 274).

Lara-Cabrera et al. (2016, s. 766) fant ut at et korttids undervisningsprogram før oppstartet behandling gjorde at pasientene ble mer tilfreds med behandlingen sammenlignet med en kontrollgruppe. Funnene viser at intervensjonsgruppen opplevde forbedret psykisk helse og velvære allerede en måned etter behandlingsoppstart, mens det for kontrollgruppen tok fire måneder. Kontrollgruppen, derimot, fikk betydelig mer medikamentell behandling og hadde en vesentlig høyere prosentandel av fravær til planlagte møter, mens pasientene som ble undervist deltok på mange flere samarbeidsmøter.

4.1.3 Pasienters holdninger til medikamentell behandling

To av de åtte inkluderte studiene fokuserer på den medikamentelle behandling som mange pasienter har dårlig overholdelse til og hvordan den kan forbedres (Sajatovic et al., 2011, s. 283; McKenzie og Chang, 2015, s. 36). Funnene viser at mellom 41-43% av pasienter ikke hadde tatt medisiner som forskrevet og hadde generelt negative holdninger til

medisinering, samt begrenset innsikt i sykdom blant pasientene (Sajatovic et al., 2011, s. 283; McKenzie og Chang, 2015, s. 36).

Pasientene rapporterte flere årsaker til hvorfor de ikke tok medisinene sine. 55% av pasientene rapporterte forglemmelse som årsak, mens den nest vanligste årsak til ikke-overholdelse av medisinering var frykten for bivirkninger (Sajatovic et al., 2011, s. 283). En deltaker beskrev hvordan bivirkninger påvirket hennes helse generelt og hennes relasjoner med andre:

“I don’t like how people judge me because I’m on medication and I’ve gained over 100 lbs in less than a year.” (Sajatovic et al., 2011, s. 284).

Pasientene nevner også miljømessige og sosiale faktorer som et rotete miljø i hjemmet eller at de i sitt nettverk har individer som spesielt rådet mot medisin (Sajatovic et al., 2011, s. 283). 60 % av deltakerne rapporterte tilgangsproblemer inkludert manglende evne til å betale for medisiner som årsak til at de ikke tar medisiner. En pasient beskrev sin erfaring med å bli fortalt å ikke ta medisin:

“My mother said I should think about it and try to use... reason and my creativity instead of the medication.” (Sajatovic et al., 2011, s. 283).

Noen pasienter rapporterte at de hadde en rekke metoder for å hjelpe dem å huske å ta medisiner. Disse var å sette medisinene en bestemt plass, merke eller skrive påminnelser, ta medisiner til en bestemt tid eller bruk av alarmer, medisindosetter og familiemedlemmer som minnet dem på å ta medisiner (Sajatovic et al., 2011, s. 283; McKenzie og Chang, 2015, s. 42).

Ulike intervensjoner som motiverende intervju og psykoedukasjon ble vist å være gode måter å forbedre medisinoverholdelsen på (McKenzie og Chang, 2015, s. 41; D’Souza, Piskulic og Sundram, 2010, s. 274). Etter en tre ukers intervensjon med motiverende

intervju økte andelen pasienter som tok medisiner som forskrevet fra 67,8% til 94,3%. (McKenzie og Chang, 2015). I denne studien rapporterte deltakerne også økt mestringsevne og økt motivasjon til å endre medisinoverholdelsen sin. D'Souza, Piskulic og Sundram (2010, s. 274) fant ut at sammenlignet med den andre gruppen i studien, kontrollgruppen, som ikke mottok psykoedukasjon, så hadde gruppen som mottok psykoedukasjon en økning i medisinoverholdelse.

5. Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I metodekapittelet av oppgaven har vi hovedsakelig tatt i bruk pensumboka av Forsberg og Wengström (2016), samt supplert dette med Dalland (2014) sin bok. Vi har også tatt i bruk Evans' (2002) sin modell for analysering av artikler. Dette kan være en styrke ved oppgaven, da vi har fått ulike syn på hvordan man kan skrive metodekapittelet. Da vi har engelsk som henholdsvis tredje- og fjerdespråk, så kan dette ha vanskeliggjort analyseringen og forståelsen av innholdet i artiklene. Dette kan utgjøre en svakhet ved oppgaven. Vi har ved usikkerhet rundt betydningen av visse ord brukt trykte ordbøker, samt ordbøker på internettet som TriTrans. Vi valgte å ikke bruke Google Translate, da dette er en oversetter vi etter egne erfaringer ser ofte ikke gir riktig oversettelse, samt at den kun gir én oversettelse. TriTrans er særlig god med tanke på dette, da den gir synonymer til det oversatte ordet. Dette kan gi oss en større forståelse for hva forfatter(ne) egentlig mener med ordene de bruker, da noen engelske ord ofte har flere betydninger på norsk. Dette anser vi som en mulig styrke ved oppgaven. I og med at ingen av oss har norsk som morsmål, så kan det forekomme grammatikkfeil, skrivefeil og en dårlig setningsflyt som kan resultere i misforståelser ved lesing av oppgaven. Dette kan være en svakhet ved oppgaven.

Vi hadde ikke tatt i bruk psykiatriske databaser ved søket etter artikler. Dette var noe vi ikke var klar over eksisterte, og vi fant ikke ut av dette før etter at vi hadde funnet våre artikler. Dette betyr ikke at artiklene vi har funnet ikke er relevante for besvarelsen, men det kunne ha gjort det systematiske litteratursøket enklere med tanke på treff og kan anses som en svakhet ved oppgaven. Allikevel, så er Cinahl den databasen vi har fått opplæring i løpet av vår tid på NTNU Ålesund, og dette er en database vi kan å bruke. Dette kan ha vært en fordel ved søket etter artikler. Vi har valgt å bruke både kvantitative og kvalitative artikler i vår besvarelse. Ved å ta bruk begge metodene, så får man slått sammen funnene fra de kvantitative og kvalitative artiklene (Harden, 2010, s. 7). Man får flettet sammen kvalitative tall om fordeler og ulemper med en mer kvantitativ forståelse for deltakerne

(Harden, 2010, s. 8). Dette kan anses som en styrke ved oppgaven. Alle våre artikler er fra 2008 eller nyere. Dette var noe vi begge var svært opptatte av, da vi ikke ville ha forskning eldre enn dette. Det var ønskelig med artikler fra de siste fem årene, men vi fant ikke noe særlig som passet til vår problemstilling med dette kriteriet. Vi utvidet derfor til de seneste ti årene. Dette kan anses som både en svakhet og en styrke ved oppgaven. Seks av våre artikler er fra vestlige land utenom Norge, mens de to siste er fra Norge. Disse landene har et helsevesen og en kultur som er ganske så likt det norske, og dette kan være en styrke ved oppgaven.

5.2 Resultatsdiskusjon

5.2.1 Å bli delaktig i egen behandling

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) legger stor vekt på pasientens rett til medvirkning både ved valg og gjennomføring av tilgjengelige helse- og omsorgstjenester. Fremtidens helsetjeneste skal utvikles sammen med pasienten og ingen beslutninger om pasienten skal tas uten ham (Meld. St. 26, 2014-2015, s. 45). Å bli delaktig i behandling kan virke helsefremmende (Lara-Cabrera et al, 2016, s. 760). Verdens helseorganisasjon (WHO, 1986) sin strategi for helsefremmende arbeid drar fram tre punkt; maktfordeling, medvirkning og pasienten som ekspert på seg selv. I samsvar fant Tveiten, Haukland og Onstad (2011, s. 22) i sin studie ut at pasientene selv følte de var nødt til å bli anerkjente som eksperter på seg selv. Dette førte til en økt selvtillit som muliggjorde deltakelse fra pasientenes side. Billsborough et al (2014, s. 11), Goossens et al (2010, s. 1206) og Lara-Cabrera et al (2016, s. 766) sine studier viste at det var nødvendig å inkludere pasientene når det gjaldt deres behandlingsforløp. Dette kan knyttes opp mot Antonovskys mestringsteori om håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet. Håndterbarhet innebærer hvordan den enkelte bruker ressursene han har til rådighet til å takle utfordringene man blir stilt. Begripelighet går blant annet ut på hvor strukturert og velordnet pasienten er, mens meningsfullhet handler om å finne en mening i det man gjør (Antonovsky, 2012, s. 40). Ved å ha fokus på innholdet i disse tre begrepene, så vil man oppleve en sterk sammenheng i tilværelsen og dermed vil man lettere kunne håndtere og

mestre de utfordringene livet stiller overfor en (Bastøe, 2011, s. 86) Å få en struktur over hvordan lidelsen påvirker pasienten med bipolar lidelse vil være til stor hjelp. Pasienter med bipolar lidelse ønsker informasjon om lidelsen og behandlingsalternativer og i denne prosessen er det viktig for oss som helsepersonell å kunne tilby denne informasjonen (Ødegaard, Syrstad og Ødegaard, 2012, s. 430). Informasjon og opplæring vil beskrives senere i oppgaven.

Noen av de inkluderte studiene beskriver måter pasientene ble motivert til å medvirke på. Lara-Cabrera et al (2016, s. 765) fant ut at pasientaktiveringen økte ved hjelp av et korttids undervisningsprogram. Forfatteren definerer pasientaktivering som pasientens deltakelse og egen forståelse for hans rolle i behandlingsprosessen. Et slikt program kan være aktuelt for helsepersonell å foreta for å få pasientene mer delaktige i deres behandling. Goossens et al. (2010, s. 1206) understreker viktigheten av å inkludere pasienten ved å gi ham en viktig rolle i behandlingsprosessen. De skriver videre at hvis pasientene er helt avhengige av helsepersonell, så vil de ikke kunne ta vare på seg selv på en effektiv måte.

I loven om psykisk helsevern (1999, § 4-1) står det at alle pasienter som har bruk for koordinerte og langvarige tjenester skal få utarbeidet seg en individuell plan. Formålet med en slik plan er å utvikle et sammenhengende, helhetlig koordinert og individuelt tilpasset tilbud som bygger på aktiv brukermedvirkning (Hummelvoll, 2012, s. 558). Denne planen er pasientens plan, og det betyr at det er den enkelte pasients mål og behov som skal være utgangspunktet for tiltakene (Hummelvoll, 2012, s. 557). Studien til Veseth et al (2012, s. 124) viste at brukere med bipolar lidelse var ambivalente når det gjaldt å unngå maniske episoder. Dette ble sett på som en utfordring når det gjaldt deres «recovery», eller bedring. Sykepleieren kan hjelpe pasienten å lage en individuell plan, men det er pasienten som skal alltid ha en sentral rolle i selve planarbeidet, gjennomføringen og i oppfølgingen av den (Helsedirektoratet, 2012, s. 21). Goossens et al. (2008, s. 8) sin studie viser også at en slik plan kan hjelpe pasientene. Studien ble gjort i Nederland, et vestlig land, og på planen sto det hva som utløste episoder, hva som stresset pasienten, svakheter, beskyttendefaktorer, tidlige tegn på ustabilitet i humøret og tiltak som hjalp pasienten med å gjenopprette et stabilt humør. Sykepleierne som deltok i studien fortalte også at planen la et grunnlag når det gjaldt å lære pasientene mestringsteknikker (Goossens et al, 2008, s. 8). Som en del av

den individuelle planen, så bør alle pasienter med bipolar lidelse ha en kriseplan. Denne bør si noe om hvilke varselsymptomer som skal føre til at helsetjenesten blir kontaktet, og hva brukeren kan gjøre selv (Aarre, Bugge og Juklestad, 2015, s. 100). Murton et al (2014, s. 276) undersøkte effekten av en ARP-strategi (acute relapse prevention strategy). Dette var en kriseplan som hadde som mål å gripe inn så fort som mulig ved utviklingen av en manisk episode. Denne kriseplanen ble også delt med pårørende og annet helsepersonell. Dette var en plan pasienten hadde hjemme, og ved symptomer på en innkommende episode, så kunne de gi beskjed til HTT (home treatment team) slik at de kunne komme og sette i gang tiltakene. Kriseplanen hadde en god effekt, da antall innleggelser ble drastisk redusert (Murton et al, 2014, s. 276-277).

Bipolare lidelser krever i mange tilfeller omfattende endringer i måten en pasient lever på, og disse går ut på å unngå faktorer som kan utløse nye sykdomsepisoder. Disse er ofte individuelle og hver pasient har måttet finne ut hvilke faktorer de er mest sårbare for. Pasienter, ofte i samarbeid med sine behandlere, kan lære seg å identifisere symptomer og tegn på utviklende episoder og handle deretter for å stoppe videre utvikling (Haver, 2012, s. 23). Pasienten kan da i samarbeid med helsepersonellet finne ut hvilke mestringsstrategier som er nyttige (Billsborough et al, 2014, s. 12). Ifølge Aarre, Bugge og Juklestad (2015, s. 102) er tilbakefallsfaren ved bipolare lidelser meget stor. Å hjelpe pasienten til tidlig å oppdage de første tegnene på mani eller depresjon og planlegge hurtige tiltak for å avverge eller dempe episoden som er på vei, er svært effektivt for å hindre tilbakefall (Morken, 2012, s. 308).

Andre inkluderte studiene viste at pasientene hadde sine egne mestringsmetoder (Billsborough et al., 2014, s. 12 og Veseth et al., 2012, s. 123). Disse inkluderte en god døgnrytme, godt kosthold og trening, blant annet. I Billsborough et al (2014, s. 11) ble det også gjort klart at pasientene hadde et behov for å ha en samtalepartner som var aktivt involvert i samtalen. Med dette mente de at pasientens samtalepartner måtte prøve å forstå det vedkommende hørte. Studien til Goosens et al. (2010, s. 1204) viste at sammenhengen mellom antall depressive episoder gjennom livet og evnen til å gjenkjenne depressive symptomer var signifikant. Judd et al (2002, s. 533) skriver at tiden bipolare pasienter er syke, klart domineres av depresjonssymptomer. Depresjonens mest fremtredende

symptomer er tristhet, pessimisme og lav selvaktelse (Hummelvoll, 2012, s. 198). Endringer i kognitiv fungering gjør at tankehastigheten går kraftig ned. I noen tilfeller opplever pasienten nærmest total tankeblokkering. Evnen til å konsentrere seg og å ta beslutninger blir derfor redusert (Ødegaard, Høyenstein og Fasmer, 2012, s. 67). Derfor foreslår forskerne å utnytte læring fra erfaring og opplevelser (Goossens et al, 2010, s. 1204). Dette kan gjøres ved å tilbringe en eller flere samtaler med pasienten og hans pårørende for å gå gjennom de tidlige fasene av tilbakefall for å forbedre anerkjennelsen og forhindre fremtidige episoder, samt evaluere og oppdatere individuelle planer (Goossens et al., 2010, s. 1206; Beentjes, Goossens og Jongerden, 2015, s. 137). Noen pasienter fortalte også at kognitiv adferdsterapi kunne hjelpe dem å håndtere humørsvingninger. Dette kunne hjelpe pasientene ut av manisk-depressive episoder (Billsborough et al, 2014, s. 11). Helsepersonell kan tilby pasienten kognitiv adferdsterapi. Kognitiv adferdsterapi tar utgangspunkt i forholdet mellom tanker og følelser, der man prøver å endre feilaktige eller lite hensiktsmessige automatiske tanker (Aarre, 2012b, s. 164). Andre viktige temaer er å identifisere risikosituasjoner samt finne andre måter å takle disse på (Wenzel, 2012, s. 390).

Morken (2012, s. 303) skriver at behandling av bipolar lidelse ofte også involverer pårørende. Sykepleiere opplever det å være tilgjengelig og lojal for både pasient og pårørende som utfordrende. Til tider opplevde sykepleiere at tett samarbeid med pårørende kunne påvirke deres konfidensielle forhold til pasienten og at det krenket pasientens autonomi. På den andre siden, så er det en fordel å kunne kontakte pårørende de gangene pasientene ikke var lenger kontaktbare. Gjennom pårørende kan sykepleiere overvåke pasientens tilstand (Beentjes, Goossens og Jongerden, 2015, s. 133-134).

5.2.2 Informasjon og opplæring

Veseth (2012, s. 451) skriver at bipolare lidelser ofte har vært assosiert med å miste kontroll. I samsvar viste forskningen at brukere med bipolare lidelser følte de ikke hadde noen personlig kontroll over sykdommen sin, inkludert manglende kunnskap om selve lidelsen, symptomer og behandling (Goossens et.al., 2010, s.1204; Sajatovic et al., 2011, s.

284). En rapport fra Kunnskapssenteret (2014) om pasienters opplevelse av psykisk helsevern viste at omkring 70 prosent mente de ikke fikk nok informasjon om behandlingstilbudene som finnes, og over halvparten svarte at de fikk for lite informasjon om sin diagnose (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 27). I lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, § 3-2) blir det slått fast at pasienten har rett og skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dette er i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven (2011, 4-2a) der kommunen pålegges ansvar om å sørge at den nødvendige informasjonen blir gitt.

I rammeplanen for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6) angis undervisning og veiledning som en av sykepleierens funksjoner. Innenfor helsepedagogikk er en opptatt av dialogen og av den individuelle læringsprosessen som vil kunne fremme helse (Kristoffersen, 2011, s. 345). For fagfolk vil det være betydningsfullt å ha et bevisst forhold til hva læring innebærer, og hvordan en kan legge til rette for den (Tveiten, 2016b, s. 55). Kristoffersen (2011, s. 345) skriver at for å kunne gjennomføre undervisning og opplæring må sykepleieren kunne etablere en god relasjon og ha kunnskap om faktorer som påvirker læreprosessen. Dette er i tråd med Hummelvoll (2012, s. 355) som skriver at et positivt samarbeidsforhold mellom pasienten og helsepersonellet er nødvendig for at behandlingen skal gi resultater. Det som utspiller seg i det første møtet med pasienten lager vei når vi skal hjelpe ham eller henne med ord og dialog (Abrahamsen, 2006, s. 3274). For oss som helsepersonell er allianseskaping en del av arbeidet vårt og noe vi opplever gjentatte ganger, men for pasientene vil det være helt annerledes og kan oppleves som en enestående hendelse i seg selv (Størksen, referert i Hummelvoll, 2012, s. 422). Det er derfor ekstremt viktig å møte personen og bli kjent med ham, ikke diagnosen. Dette understreker Hummelvoll (2012, s. 38) ved å skrive om viktigheten av å møtes som likeverdige personer, uten dermed å unnså den forskjell som ligger i at den ene søker hjelp. Man skal prøve å svare på dette ved å gi tilbud om hjelp. Sykepleieren må også legge vekt på å skape et klima som gir den enkelte trygghet nok til å vise seg selv (Hummelvoll, 2012, s. 424). Å anvende en narrativ eller fortellende tilnærming vil også være hensiktsmessig for å undersøke om pasienten kan ha behov for informasjon som er «skjult» for pasienten selv (Eide og Eide, 2014, s. 293). Det kan slippes frem gjennom personens egen fortelling når en svarer på et åpent spørsmål. Man må finne ut hva pasienten trenger informasjon om og informere på en slik måte at informasjonen oppleves

som nyttig for motparten (Eide og Eide, 2014, s. 292). Forskerne foreslår derfor å legge større vekt på pasientundervisning i selvledelsesteknikker og på varselsymptomer av tilbakefall, og utarbeiding av en handlingsplan (Goossens et al., 2010, s. 1206). Den generelle hensikten med pasient- og pårørendeopplæring er kompetanseutvikling og mestring, som denne oppgaven legger stor vekt på (Tveiten, 2016b, s. 85). Dette er i tråd med Veseth (2012, s. 451) der han skriver at innenfor et bedringsorientert perspektiv der målet er at en mestrer lidelsen bedre, vil pasientens egen kompetanse stå i sentrum.

Kunnskap kan gjøre det lettere å være en bærer av en lidelse, ikke minst i form av avtabuisering og reduksjon av uhensiktsmessig overtro (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010, s.176). I tråd med all annen behandling er informasjon om lidelsen, psykoedukasjon, helt avgjørende for at pasienten kan oppleve en læring og mestring av lidelsen og dens konsekvenser, samt være i stand selv å ta ansvar for å redusere omfanget av lidelsen (Wenzel, 2012, s. 399). Manglende kontroll over sykdommen i form av kunnskapsmangel kan føre til flere episoder og innleggelseser. Dette er i tråd med D'Souza, Piskulic og Sundram (2010, s. 274) sin studie der pasientene som mottok psykoedukasjon, sammenlignet med en kontrollgruppe som ikke mottok dette, hadde hatt langt færre innleggelseser og holdt seg friske i lengre perioder. I tillegg førte psykoedukasjon til økt medisinoverholdelse som er en av de største utfordringene pasientene opplever og har blitt omtalt ovenfor.

Psykoedukasjon er en viktig metode som er designet for å forhindre fremtidige tilbakefall (Goosens et al., 2010, s.1206). Karterud og Bateman (2011, s. 35) beskriver psykoedukasjon som læring om egen psykisk lidelse og at den har en selvstendig positiv effekt overfor blant annet bipolar lidelse. Psykoedukasjon innebærer at en systematisk følger opp og registrerer symptomer og stemningsleien. På den måten lærer pasienten å kontrollere lidelsen bedre, oppnår lengre perioder med normalt stemningsleie og best mulig funksjon mellom episodene (Helsedirektoratet, 2012, s. 50). Å kunne gjenkjenne og tidlig oppdage varselsymptomer på en ny episode er en av sentrale ting som psykoedukasjon er rettet mot (Morken, 2012, s. 303). De mest vanlige varselsymptomene på mani og hypomani vil være et redusert behov for søvn, økt aktivitetsnivå og økt energi. I tillegg blir pasientene mer sosialt aktive og irritable, får økt selvtillit, nye ideer og planer

(Ødegaard, Syrstad og Ødegaard, 2012, s. 435). Symptomene pasientene selv legger merke til ved mani er økt energinivå, redusert behov for søvn og endringer i sosialaktivitet (Goosens et al., 2010, s.1204). Pasientene er i bedre stand til å identifisere prodromalsymptomer ved depresjon (Goosens et al., 2010, 1206). Disse var blant annet søvnforstyrrelser, redusert energinivå, redusert interesse for sosialt samvær og stemningsstabilitet (Goosens et al., 2010, s.1204).

Ved hjelp av innsikt, kunnskap og tilpasning er det mulig å få bedre kontroll over symptomene og bedre livskvalitet (Ødegaard, Syrstad og Ødegaard, 2012, s. 442). I samsvar viste forskning at pasientene ble mer tilfreds med behandlingen etter å ha blitt undervist i tillegg til at de var mer eutymiske over lengre perioder og hadde færre innleggelses (Lara-Cabrera et al., 2016, s. 766; D'Souza, Piskulic og Sundram, 2010, s. 274).

5.2.3 Pasienters holdninger til medikamentell behandling

Den medikamentelle behandlingen av bipolare lidelser retter seg enten inn mot de aktuelle symptomer på lidelsen eller prøver å påvirke forløpet slik at det blir færre tilbakefall og færre restsymptomer mellom sykdomsepisodene (Aarre, 2012a, s. 269). Mange pasienter opplever den medikamentelle behandlingen som krevende og avviker den, mens andre endrer dosen, tar pauser eller ikke møter til kontroller. Mindre enn halvparten av pasienter med bipolar lidelse følger opp langvarig medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2012, s. 45). Pasienter med bipolar lidelse er en befolkningsgruppe som er kjent for å en dårlig medisineroverholdelse som ofte resulterer i et høyere antall tilbakefall (McKenzie og Chang, 2015, s. 43) I samsvar viser en undersøkelse utført av Sajatovic et al. (2011, s. 283) at mellom 41 og 43% av pasienter ikke hadde tatt medisiner som forskrevet. Dette vil alltid påvirke behandlingen negativt, fordi de medikamenter som har en forebyggende effekt bør tas i minst seks måneder før man kan vurdere hvor effektivt det er (Aarre, Bugge og Juklestad, 2015, s. 102).

Pasientene rapporterte flere grunner til hvorfor de ikke tok medisinene sine, men flesteparten fortalte at de glemmer det. Pasientene var moderat symptomatiske med betydelige maniske og/eller depressive symptomer (Sajatovic et al., 2011, s. 283-284). Det kan da tenkes at forglemmelse skyldes en manglende innsikt i viktigheten av å ta medisinene sine. Dette er i tråd med Copeland et al. (2008, s. 20) som skriver at ved økende mani, minsker innsikten. Sosial isolasjon og nedsatt omsorgsevne i de depressive episoder kan også påvirke medisin overholdelsen (Sajatovic et al., 2011, s. 284).

Aarre, Bugge og Juklestad (2015, s. 102) understreker at å forebygge nye episoder er en større utfordring enn å behandle de akutte episodene. Det kan være svært vanskelig å motivere pasienter for langvarig behandling med legemiddel i symptomfrie perioder (Aarre, 2012a, s. 290). Motiverende intervju, også kalt motiverende samtale, er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Målet er konstruktive samtaler hvor personen får mulighet til "å overtale seg selv" til å bestemme at endring skal skje, og så tenke ut hvordan han best kan få det til. Denne metoden tar utgangspunkt i at det er normalt med motstand mot endringer (Helsedirektoratet, 2017a). I samtalen skal veilederen akseptere pasientens motforestillinger og ikke konfrontere disse slik at motstanden forsterkes. Man skal invitere til å dele tanker gjennom å stille spørsmål og legge vekt på å få fram pasientens perspektiver og synspunkter (Gammersvik, 2016, s. 155). Derfor kan motiverende samtaler være en god mulighet til å skape en relasjon med pasienten og få en tillit. Forskning viser at motiverende intervju har en positiv effekt når det gjelder overholdelsen av medisiner (McKenzie og Chang, 2015, s. 40). En tre ukers intervensjon førte til betydelig økt medisinoverholdelse. Pasientene hyllet intervensjonisten og uttalt at de hadde mer innsikt i deres medikamentelle behandling på grunn av den omsorgsfulle oppmerksomheten som ble gitt (McKenzie og Chang, 2015, s. 41). Kari Martinsen (2006, s. 40) skriver at å finne mennesket der mennesket er, eller å stilles inn i forhold til den andre, er hemmeligheten i all hjelpekunst. Videre skriver hun at å møtes i en gjensidig sårbarhet og utleverthet er en forutsetning for fagsamtalen og den profesjonelle hjelp. Dette skal også være sentralt i den motiverende samtalen. Pasientene var i bedre stand til å overholde medisineren sin etter å ha mottatt psykoedukasjon (D'Souza, Piskulic og Sundram, 2010, s. 274).

Frykt for bivirkninger var den nest vanligste årsaken til ikke-overholdelse av medisiner (Sajatovic et al., 2011, s. 283). Aarre (2012a, s. 270) skriver at faren for bivirkninger og interaksjoner øker for hvert medikament en tar. Polyfarmasi kan noen ganger være rasjonelt og velgrunnet, men det kan også være resultat av mangelfull oppfølging og evaluering. Bivirkninger kan være plagsomme, noen av de mest vanligste er vektøkning, kognitive symptomer og sedasjon. Det er som regel disse som fører til dårlig overholdelse av medisiner (Helsedirektoratet, 2012, s. 46). Siden pasienters negative holdninger til medikamentell behandling vil påvirke forløpet, er dette noe helsepersonell må ta hensyn til og fokusere på, for å finne ut hva som gjør at pasientene ikke vil ta medisiner. Å motivere pasientene til å overholde den medisinske behandlingen og bidra til økt innsikt i viktigheten av å ta medisin vil også være en oppgave for sykepleieren. Sykepleiere rapporterte at de spør pasientene om bivirkninger, noen til og med bruker sjekklister for dette formålet (Goosens et al, 2008, s. 9). En slik kontinuerlig oppfølging vil hjelpe å identifisere aktuelle faktorer som påvirker medisinoverholdelsen.

Det er også viktig å legge til rette for at personen kan medvirke så langt som råd i egen behandling, ikke minst i valg av medikament og administrasjonsform (Aarre, 2012a, s. 270). For at pasienten skal følge opp behandlingen, er det en forutsetning å få grundig informasjon om lidelsen, og om hvilket forløp den har, med og uten farmakoterapi (Helsedirektoratet, 2012, s. 45). Noen pasienter rapporterte at de hadde en rekke metoder for å hjelpe dem å huske å ta medisiner, inkludert å sette dem i en spesiell plass, merke eller skrive påminnelser, ta medisiner til en bestemt tid (Sajatovic et al., 2011, s. 284). Potensielle tilnærminger for å forbedre medisinoverholdelsen blant pasienter med bipolar lidelse kan blant annet være en ærlig diskusjon mellom pasient og behandler angående mulige bivirkninger, og om måter medisiner kan administreres best på; undervisning til pasienter og pårørende og struktur i hjemmet (Sajatovic et al., 2011, s. 286). Ved en bipolar lidelse vil prognosen uten legemiddelbehandling være mye dårligere, både på kort og lang sikt (Aarre, Bugge og Juklestad, 2015, s. 100). Det er derfor viktig å finne ut effektive metoder og tiltak som vil bedre medisinoverholdelsen.

6. Konklusjon

Målet med denne bacheloroppgaven var å undersøke hva pasienter med bipolar lidelse opplevde som utfordringer, og eventuelt hvilke tiltak som kunne iverksettes for å bedre mestre disse, både med hjelp fra helsetjenesten og uten. Pasienter med bipolar lidelse har maniske og depressive perioder, og mestringstiltakene må kunne dekke begge disse humørsvingningene.

De inkluderte forskningsartiklene viste at pasientene hadde et behov for å inkluderes i behandlingsforløpet deres og være en samarbeidspartner. Pasientene fortalte at det å ha noen å prate med kunne gå en lang vei når det gjaldt å holde lidelsen under kontroll. Pasientene var også svært opptatte av at det måtte gripes inn så fort som mulig i det de var på vei inn i en manisk eller depressiv episode. Pasientene hadde noen egne mestringsstrategier, men det var ikke alt de klarte på egenhånd. Utarbeiding av en individuell plan viste seg å være til stor hjelp, da disse dekte hvilke symptomer pasientene måtte være oppmerksomme på. Videre viste forskningen at den medikamentelle behandlingen var stor og krevende utfordring for pasientene, grunnet bivirkningene disse ga. Motiverende intervju ble her sett på som et godt tiltak, da dette økte medisinerholdelsen blant pasientene. Det viste seg også at pasientene manglet kunnskap omkring lidelsen og behandlingen. Her viste vi at psykoedukasjon hadde en svært god effekt når det gjaldt å øke pasientenes kompetanse. Pasientene lærte å gjenkjenne symptomer i større grad, og kunne derfor bedre forebygge framtidige tilbakefall.

Ut i fra vår besvarelse, så ser vi at det er viktig for sykepleier å inkludere pasientene i deres behandlingsforløp. Helsepersonell kan sammen med pasienten utarbeide individuelle planer. Pasientene må være aktivt involverte i utarbeidelsen av disse planene, da det er de som står i sentrum. Gjennom motiverende samtaler, så kan pasienten motiveres til å overholde medisineren. Pasientene kan få økt kunnskap og dermed få bedre kontroll over lidelsen ved å motta psykoedukativ terapi. Dette kan sykepleieren hjelpe pasienten med, da pasientopplæring er en viktig del av vårt yrke.

7. Litteraturliste

Aarre, T.F. (2012). Behandling med lækjemiddel. I: Haver, B., Ødegaard, K.J. og Fasmer, O.B. red. *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 267-301.

Aarre, T.F. (2012). Stemningslidingar. I: Dahl, A.A. og Aarre, T.F. red. *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, s. 148-177.

Aarre, T.F., Bugge, P. og Juklestad, S.I. (2015). *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Abrahamsen, P. (2006) Det viktige første møtet. *Tidsskriftet- Den norske legeförening*. [Internett] (24), s. 3274-3276. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2006/12/kronikk/det-viktige-forste-motet> [Lest 21. mai 2018]

Andersen, A.J.W. (2016). Psykisk helse. [Internett]. 6.september 2016. Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: https://sml.sn.no/psykisk_helse [Lest 22. april 2018]

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium – den salutogene modellen*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Aslaksen, P. og Malt, U. (2018). Psykiske lidelser. 18. mai 2018. I: Store medisinske leksikon. [Internett]. Tilgjengelig fra: https://sml.sn.no/psykiske_lidelser [Lest 19. mai 2018].

Bastøe, L-K.H. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I: Holdet, I. M. & Mekki, T. E. (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1*. 4. utgave. Oslo: Akribe AS. Sider 81-104.

Beentjes, T.A.A., Goossens, P.J.J. og Jongerden, I.P. (2016). Nurses' Experience of Maintaning Their Therapeutic Relationship With Outpatients With Bipolar Disorder and Their Caregivers During Different Stages of a Manic Episode: A Qualitative Study. *Perspectives in Psychiatric Care*. [Internett]. Volum 52. Sider 131-138. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ppc.12109>

Billsborough, J., Mailey, P., Hicks, A., Sayers, R., Smith, R., Clewett, N., Griffiths, C.A. og Larsen, J. (2014). 'Listen, empower us and take action now!': reflexive-collaborative exploration of support needs in bipolar disorder when 'going up' and 'going down'. *Journal of Mental Health*. [Internett]. Volum 23. Sider 9-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/09638247.2013.815331>

Copeland et al. (2008) Treatment Adherence and Illness Insight in Veterans With Bipolar Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* [Internett], 196 (1), s. 16-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e318160ea00> Lest [21. mai 2018].

Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

D'Souza, R., Piskulic, D. og Sundram, S. (2010). A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. [Internett]. Volum 120. Sider 272-276. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.018>

Eide, H. og Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Evans, D. (2002). 'Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data'. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Volum 20. Utgave 2.

Forsberg, C. og Wengstøm, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4.utg. Stockholm: Natur og Kultur.

Gammersvik, Å. (2016). Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv. I: Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. 4. opplag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Sider 141-158.

Goossens, P.J.J., Beentjes, T.A.A., de Leeuw, J.A.M., Knoppert-van der Klein, E.A.M. og van Achterberg, T. (2008). The Nursing of Outpatients with a Bipolar Disorder: What

Nurses Actually Do. *Archives of Psychiatric Nursing*. [Internett]. Volum 22. Sider 3-11.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2007.05.004>

Goossens, P.J.J., Kupka, R.W., Beentjes, T.A.A. og van Achterberg, T. (2010).
Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar
disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. [Internett].
Volum 47. Sider 1201-1207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.01.010>

Harden, A. (2010). Mixed-Methods Systematic Reviews: Integrating Quantitative and
Qualitative Findings. *Focus*. (25). Sider. 1-8.

Haver, B. (2012). Bipolar lidelse og suicidalitet. I: Haver, B., Ødegaard, K.L. & Fasmer,
O.B. red. *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s.189-210.

Helsedirektoratet (2012). Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av
bipolare lidingar. (brosjyre). Oslo: Helsedirektoratet: Hentet 10. mars 2018 fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar.pdf>

Helsedirektoratet. (2017) *Brukermedvirkning*. [Internett] Oslo. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning> [Lest dato:
18. mai 2018].

Helsedirektoratet. (2017). *Motiverende Intervju som Metode*. [Internett] Oslo: Tilgjengelig
fra: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode>
[Lest 19. april 2018].

Helseforskningsloven. *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Lov 20. juni 2008 nr. 44
om helseforskning*.

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god
psykisk helse (2017-2022)* Helse- og omsorgsdepartementet. [Internett]. Tilgjengelig fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf [Lest 9. mai 2018].

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov 24. juni 2011 nr.30 om om kommunale helse- og omsorgstjenester.*

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Høydahl, E. (2008). *Vestlig og ikke-vestlig - ord som ble for store og gikk ut på dato*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato> [Lest 16.mai 2017]

Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D.A., Leon, A.C., Rice, A.J. og Keller, M.B. (2002). The Long-term Natural History of the Weekly Symptomatic Status of Bipolar I Disorder. *Archives of General Psychiatry*. [Internett] Volum 59. Sider 530-537. Tilgjengelig fra: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/206451> [Lest dato: 20. mai 2018].

Karterud, S. og Bateman, A. (2011). *Manual for mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppeterapi (MBT-I)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2011). Den myndige pasienten. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug E.A. red. *Grunnleggende sykepleie. Bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 337-385.

Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Lara-Cabrera, M.L., Salvesen, Ø., Nettet, M.B., De las Cuevas, C., Iversen, V.C. og Gråwe, R.W. (2016). The effect of a brief educational programme added to mental health treatment to improve patient activation: A randomized controlled trial in community mental health centres. *Patient Education and Counseling*. [Internett]. Volum 99. Sider 760-768. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.028>

Larsen, E., Aasheim, F. og Nordal, A. (2006) *Plan for brukervedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Nr. 4. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf> [Lest dato: 16. mai 2018].

Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Engers Boktrykkeri AS.

Martinsen, K. (2006). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Arnesen Bok- og Akcidentstrykkeri.

McKenzie, K., og Chang, Y-P. (2015). The Effect of Nurse-Led Motivational Interviewing on Medication Adherence in Patients With Bipolar Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*. [Internett]. Volum 51. Sider 36-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ppc.12060>

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*.

Merriam-Webster Medical Dictionary. (2018) Euthymia. 21. mai 2018. I: Merriam-Webster Medical Dictionary. [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.merriam-webster.com/medical/euthymia> [Lest dato: 21. mai 2018]

Morken, G. (2012). Psykoedukasjon og annen psykoterapi ved bipolare lidelser. I: Haver, B., Ødegaard, K.L. & Fasmer, O.B. red. *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 303-328.

Murton, C., Cooper, M., Dinniss, S., Roberts, S., Booth, N., & Newell, P. (2014). Does a home treatment acute relapse prevention strategy reduce admissions for people with mania in bipolar affective disorder? *Psychiatric Bulletin*. [Internett]. Volum 38. Sider 276-280. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.113.044321>

Nordbø, B. (2018). *Eutymi*. 21. mai 2018. I: store norske leksikon. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/eutymi> [Lest dato: 21. mai 2018].

Norsk senter for forskningsdata (2018). Register over vitenskapelige publiseringskanaler [Internett]. Bergen: Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra: <
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>> [Lest 10.november 2017].

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Nr. 1. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*.

Psykisk helsevernloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*.

Roald, B. (2017) Sykdom. [Internett] 3. februar 2017. Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykdom> [Lest 21. mai 2018].

Sajatovic, M., Levin, J., Fuentes-Casiano, E., Cassidy, K.A., Tatsuoka, C. og Jenkins, J. H. (2011). Illness Experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. *Comprehensive Psychiatry*. [Internett]. Volum 52. Sider 280-287. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.07.002>

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

Tjora, E. (2012). Å være psykiatrisk pasient. I: Dahl, A.A. og Aarre, T.F. red. *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, s. 77-91.

Tondo, L., Isacson, G. og Baldessarini, R.J. (2003). Suicidal Behaviour in Bipolar Disorder. *CNS Drugs*. [Internett]. Volum 17. Sider 491-511. DOI: <https://doi.org/10.2165/00023210-200317070-00003>

Tveiten, S. (2016). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I: Gammersvik, Å. & Larsen, T. red. *Helsefremmende sykepleie* –

i teori og praksis. 4. opplag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Sider 173-193.

Tveiten, S. (2016). Helsepedagogikk – pasient- og pårørendeopplæring. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S., Haukland M., og Onstad, R. F. (2011). «The patient's voice-empowerment in a psychiatric context». *Vård i Norden*, volum 31, nummer 3. Sider 20-24.

Veseth, M. (2012). Bedringsperspektiv på bipolare lidelser. I: Haver, B., Ødegaard, K.L. & Fasmer, O.B. red. *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 447-458.

Veseth, M., Binder, P-E., Borg, M. og Davidson, L. (2012). Toward Caring for Oneself in a Life of Intense Ups and Downs: A reflexive-Collaborative Exploration of Recovery in Bipolar Disorder. *Qualitative Health Research*. [Internett]. Volum 22. Sider. 119-133. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732311411487>

Wenzel, H.G. (2012). Vane- og impulsforstyrrelser. I: Dahl, A.A. og Aarre, T. F. red. *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Sider 379-404.

World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for health promotion*. Geneva, World Health Organization. Tilgjengelig fra: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1 [Lest 06. mai 2018]

World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 [Lest 06. mai 2018]

Ødegaard, K.L., Høyersten, J.G. & Fasmer, O.B. (2012) Historisk utvikling, epidemiologi og klassifisering av bipolare lidelser. I: Haver, B., Ødegaard, K.L. & Fasmer, O.B. red. *Bipolare lidelser*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 45-76.

Ødegaard, C.H., Syrstad, V.E.G. & Ødegaard, K.L. (2012) Å leve med bipolar sykdom. I:
Haver, B., Ødegaard, K.L. & Fasmer, O.B. red. *Bipolare lidelser*. Bergen, Fagbokforlaget
Vigmostad & Bjørke AS, s. 427-446.

Matrise 1	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Referanse					
<p>Murton, C., Cooper, M., Dinniss, S., Roberts, S., Booth, N., & Newell, P. (2014). Does a home treatment team acute relapse prevention strategy reduce admissions for people with mania in bipolar affective disorder? <i>Psychiatric Bulletin</i>. Volum 38. Sider 276-280.</p>	<p>Denne studien hadde som hensikt å finne ut om et såkalt «home treatment team (HTT)» kunne redusere antall innleggelser på sykehus når pasienter med bipolar lidelse blir maniske. Denne skulle de gjøre ved hjelp av en såkalt «acute relapse prevention (ARP)» strategi. Dette var en personsentrert samarbeidsbasert pleieplan i kommunen for mennesker med bipolar lidelse.</p>		<p>Kvantitativ studie. Engelsk studie. 59 mennesker deltok i undersøkelsen. De ble rekruttert i mellom mars 2002 til oktober 2010. De måtte være 18 år eller eldre. ARP-strategien ble tatt i bruk fra mars 2007 til februar 2011. Pasientenes elektroniske papirer ble analysert fra 2002 fram til egen datasamling i 2012. Dataen ble brukt til å finne ut antall innleggelser pasientene hadde på sykehus før og etter ARP-strategien ble tatt i bruk.</p>	<p>Før ARP-strategien ble satt i gang, så var det 46 (80%) av de 59 deltakerne som hadde blitt innlagt på sykehus minst én gang, med til sammen 105 innleggelser. Resultatene av studien viste at etter at ARP-strategien ble satt i gang, så var det kun 21 (36%) som ble innlagt minst én gang, med totalt 54 innleggelser. Innleggelsene for begge disse gruppene varierte fra én til ni innleggelser, elleve deltakere (19%) ble aldri innlagt med mani.</p> <p>Før ARP-strategien ble tatt i bruk, så viste det seg også at 39 (66%) mennesker ble tvangsinnlagt minst én gang, med 96 innleggelser til sammen og én til åtte innleggelser per person. Etter at strategien ble tatt i bruk, så viste tallene at 15 mennesker (25%) ble tvangsinnlagt minst én gang, med 38 tvangsinnleggelser totalt.</p>	<p>Studien viser at et HTT som tar i bruk en ARP-strategi hvor de kan gripe inn og behandle tidlige symptomer på mani hos pasienter i hjemmet vil kunne klare å redusere antall innleggelser på sykehus. Antall tvangsinnleggelser ble også redusert.</p> <p>Strategien inneholdt en kriseplan som ga detaljer om hva bruker og helsepersonell måtte være oppmerksomme på for å stoppe en utviklende episode.</p>

Matrise 2	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Referanse					
<p>Goossens, P.J.J., Kupka, R.W., Beentjes, T.A.A., & van Achterberg. (2010). Recognizing prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: a cross-sectional study. <i>International Journal of Nursing Studies</i>. Volum 47. Sider 1201-1207.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å identifisere de første symptomene på maniske og depressive tilbakefall hos pasienter med bipolar lidelse. De ønsket også å utforske sammenhengen mellom de kliniske egenskapene hos pasientene og deres evne til å identifisere prodromalsymptomer på maniske eller depressive tilbakefall.</p>	<p>Bipolar disorder, recurrence, prodromal symptoms, cross-sectional study</p>	<p>111 pasienter med bipolar lidelse deltok i studien. Disse var ikke under en manisk eller depressiv periode på dette tidspunktet. Data ble samlet inn ved hjelp av intervjuer med åpne spørsmål og ved hjelp av spørsmålsark. Rapporterte symptomer ble kategorisert.</p>	<p>Studien dekte både symptomer på tilbakefall av maniske episoder, samt depressive. De fant ut at 21% av deltakerne opplevde endret energinivå, 17% opplevde endringer i søvnen og 16% opplevde endringer i deres sosiale funksjon. 28%, derimot, klarte ikke å gjenkjenne symptomene på tilbakefall av maniske episoder.</p> <p>Studien fant ut at flesteparten av pasientene klarte å gjenkjenne symptomene på tilbakefall av maniske episoder. Disse symptomene kom ofte tidlig i forløpet av tilbakefallet. Studien viste at pasientene lærte å bedre gjenkjenne symptomer ved å oppleve de maniske episodene, framfor å lære av terapeutiske innvendinger. Å snakke med pasientene og deres pårørende etter en slik episode om hvordan de best kan oppdage tilbakefall kan være viktig for å forebygge videre episoder. Samtidig, så viste det seg at 44% av deltakerne ikke klarte å gjenkjenne symptomer på verken mani eller depresjon, eller begge deler.</p>	<p>Artikkelen er relevant for oss fordi den forteller oss hva pasientene opplever og føler før de går inn i en manisk eller depressiv episode. Artikkelen skriver også noe om empowerment og forebygging, som er to temaer vi tenker å ta for oss i vår besvarelse.</p>

Matrise 3	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Referanse					
<p>McKenzie, K & Chang, Y-P. (2015). The Effect of Nurse-Led Motivational Interviewing on Medication Adherence in Patients With Bipolar Disorder. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>. Volum 51. Sider 36-44.</p>	<p>Studien ville undersøke om det hjalp å ha motiverende intervjuer (samtaler) med pasienter som hadde bipolar lidelse når det gjaldt medisinoverholding.</p>	<p>Bipolar disorder, medication adherence, motivational interviewing, outpatient psychiatry.</p>	<p>Kvalitativ studie. 15 deltakere, 14 fullførte. Studien tok i bruk et før- og etter test design. Studien ble gjort på en periode over tre uker. Ett ansikt-til-ansikt intervju ble foretatt, samt to per telefon. Deltakerne var over alderen 18., og måtte ha 'problemer' med selvmedisinering.</p>	<p>Deltakerne i studien viste betraktelig forbedring når det gjaldt selvmedisinering. De opplevde også bedre mestring(stro/følelse), samt økt livskvalitet og at de var tilfreds med hvordan samtalene ble utført. Medisinoverholdelsen hos pasientene økte fra 67,8% til 94,3%.</p> <p>Studien indikerte at motiverende samtaler ble godt tatt i mot av pasienter med bipolare lidelser og at det effektivt kan brukes i kommunale settinger.</p>	<p>Studien viste at det lar seg gjøre å motivere pasienter til å ta medisinen sin på en effektiv måte.</p> <p>Dette vil virke helsefremmende, og redusere antall tilfeller av maniske symptomer og episoder, noe vi tenker å bruke i vår oppgave.</p>

Matrise 4	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Referanse					
Sajatovic, M., Levin, J., Casiano, E.F., Cassidy, K.A., Tatsuoka, C. og Jenkins, H.J. (2011) Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. <i>Comprehensive Psychiatry</i> . (52), s. 280-287.	Evaluere faktorer relatert til ikke-overholdelse av medisinering blant pasienter som har bipolar lidelse og fungerer dårlig sosialt/er lite i samfunnet.	Bipolar disorder; Experience; Medication	Kombinert metode. Studiedeltakerne ble evaluert ved hjelp av et semistrukturert kvalitativt intervju endret fra den opprinnelige SEMI (Subjective Experience of Medication Interview). Den nye SEMI TAD (treatment adherence) BD intervjuet fokuserte på seks faktorer: <ol style="list-style-type: none"> 1) Faktorer pasientene mente førte til ikke-overholdelse av medisinering 2) Miljø/sosiale faktorer 3) Faktorer relatert til pasientenes opplevelse av lidelsen 4) Tanker om faktorer som påvirker helsen 5) Pasientens forhold til behandleren 6) Kostnader/byrder. Det ble også gjennomført flere kvantitative vurderinger av bipolare symptomer og	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kvantitative funn ble vist i en tabell. Studien viste at mellom 41-43% av deltakerne ikke hadde tatt medisiner som forskrevet. Studien fant også generelt negative holdninger til medisinering og begrenset innsikt i sykdommen. 2. Kvalitative funn: Årsaker til ikke-overholdelse av medisinering: glemmer å ta medisin; bivirkninger; ønsker ikke å ta; har lyst til å oppleve maniske symptomer. En tredjedel hadde individer som spesielt rådet mot medisinering i sitt nettverk, samt at en dårlig økonomisk situasjon påvirket medisinoverholdelsen. I 	Artikkelen er relevant fordi den avdekker at pasientene mangler kunnskap om sykdommen sin, noe som fører til at medisiner ikke blir tatt og at de dermed får tilbakefall eller en følelse av å ha liten kontroll over sykdommen sin. På grunn av den kombinerte metoden inneholder artikkelen både evidensbasert kunnskap og intervjumateriale som gjenspeiler pasientens opplevelser.

			<p>psykopatologi, bl.a. YMRS (Young Mania Rating Scale).</p> <p>Den beskrivende analysen ble utført ved bruk av demografisk/klinisk informasjon og kvantitative funn.</p>	<p>tillegg rapporterte en tredjedel at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om sin sykdom og mer enn halvparten følte ikke å ha noen personlig kontroll over sykdommen.</p> <p>Konklusjon:</p> <p>Det finnes flere potensielle tilnærminger og tiltak som kan forbedre etterlevelse blant pasienter med bipolar lidelse. Blant annet en ærlig diskusjon mellom pasient og behandler angående mulige bivirkninger og en diskusjon om måter medisiner best kan administreres på; undervisning til pasienter og pårørende; struktur i hjemmet og andre.</p>	
--	--	--	---	---	--

Matrise 5	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Referanse					
Billsborough, J., Mailey, P., Hicks, A., Sayers, R., Smith, R., Clewett, N., Griffiths, Christopher A. & Larsen, J. (2014). 'Listen, empower us and take action now!': reflexive-collaborative exploration of support needs in bipolar disorder when 'going up' and 'going down'. <i>Journal of Mental Health</i> . Volum 23. Sider 9-14.	Studiens hensikt var å finne ut behovet for hjelp hos pasienter med bipolar lidelse under maniske («oppeperioder» og depressive episoder («nedeperioder»).	Ikke oppgitt i artikkel.	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>16 personer med bipolar lidelse og 11 uformelle støttespillere deltok i studien.</p> <p>Fem brukerservice forskere hadde som mål å undersøke hvordan brukerinvolveringen var. De deltok aktivt i å bestemme fokuset for studien, lage kartleggingsverktøy, samling og analysering av data og å skrive ned funn.</p> <p>Det ble foretatt intervju både med pasienter som hadde bipolar lidelse og personer som uformelt pleiet disse. Intervjuene med pasientene utforsket hva som var til hjelp, hvilken type støtte de fikk, og av hvem, og hva som hadde vært ideel støtte under manisk-depressive episoder.</p>	<p>I studien så kom forskerne fram til tre overordnede temaer som var avgjørende for støttens kvalitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Å bli lyttet til og at det er et aktivt engasjement - Empowerment - Tidlig innvending. <p>Deltakerne fortalte at å bli hørt og aktivt engasjement var viktige aspekter. Det motsatte kunne lede til fortvilelse. Pasientene lurte også på hvordan de kunne bli inkludert («empowered») til å bedre kunne bruke mestringsstrategier og selvhjelpsmetoder. Empowerment kan føre til at pasienter samarbeider mer effektivt med helsepersonell. Deltakerne understreket viktigheten av tidlige innvendinger før de nådde et krisepunkt. Nøkkelen her var å være klar over, og handle deretter, tidlige symptomer.</p>	Denne studien forteller oss om hva pasienter tenker er viktig for å best kunne mestre en bipolar lidelse. Vi kan bruke denne i vår på en måte som gir oss ett innblikk i hvordan bipolare pasienter opplever lidelsen, og hva de har behov for, og hva vi som helsepersonell kan gjøre for hjelpe dem med forhindre tilbakefall og redusere antall innleggelses på sykehus.

Matrise 6	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Referanse					
<p>Veseth, M., Binder, P-E., Borg, M. & Davidson, L. (2012). <i>Toward Caring for Oneself in a Life of Intense Ups and Downs: A reflexive-Collaborative Exploration of Recovery in Bipolar Disorder. Qualitative Health Research. Volum 22. Utgave 1. Sider 119-133.</i></p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke og utforske hvordan mennesker med bipolar lidelse opplever bedring av lidelsen, hva den enkelte gjør for å fremme bedring hos seg selv og hvilke utfordringer de møter.</p>	<p>Bipolar disorder, hermeneutics, phenomenology, recovery, reflexivity, research, collaborative.</p>	<p>Kvalitativ studie. Studien hadde 13 deltakere. Alle disse hadde enten en type 1 eller type 2 bipolar lidelse. Det ble foretatt utdypende intervjuer med personer for å lære mer om deres erfaringer. Det ble brukt en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming.</p>	<p>Forskerne valgte fram fire temaer ut i fra deltakerne sa i deres intervjuer. Disse var:</p> <p>Å håndtere ambivalens når det gjelder å gi slipp på maniske episoder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mange av deltakerne oppga å få mer gjort under maniske perioder, og at de så fram til slike episoder. <p>Å finne noe å være fiksert på når verden spinner rundt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne fortalte at de var opptatt av å ha et slags anker som kunne holde dem fast til tross for humørsvingninger. <p>Å bli oppmerksom på signaler fra seg selv og andre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne var opptatte av å være oppmerksomme på vekslinger. Disse vekslingene kunne være kroppslige, emosjonelle eller sosiale, og ble sett av både deltakerne selv og deres pårørende. <p>Å finne måter å pleie seg selv på:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mange deltakere fortalte at å øke evnen til å ta vare på seg selv var viktig for deres velvære. 	<p>Denne artikkelen forteller oss hvordan pasienter med bipolar lidelse lever med lidelsen, og hva de selv gjør for å bedre mestre lidelsen. Vi får en bedre innsikt i deres tanker og hva de mener, ett innblikk i deres perspektiv.</p>

Matrise 7	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Referanse					
<p>Lara-Cabrera, M.L., Salvesen, Ø., Nettet, M.B., De Las Cuevas, C., Iversen, V.C. og Gråwe, R.W. (2016) The effect of a brief educational programme added to mental health treatment to improve patient activation: A randomized controlled trial in community mental health centres. <i>Patient Education and Counseling</i>. Volum 99 s.760-768.</p>	<p>Studiens hovedmål var å vurdere effekt av forbehandling (4-timers seminar) som hadde hensikt å oppmuntre pasientene til å delta aktivt i behandlingen og ta en aktiv rolle i egen helse. Effekten ble vurdert ved hjelp av PAM-13(Patient Activation Measure-13).</p> <p>Sekundære mål var å vurdere over nevnte forbehandlings effekt på pasienttilfredshet, trivsel, psykiske symptomer, motivasjon og deltakelse i behandling.</p>	<p>Patient education; Peer-led education; Patient activation measure; Randomized controlled trial; Mental health services; Mental disorders</p>	<p>Randomisert kontrollert studie (RCT) der både eksperiment og kontroll grupper inkluderte 26 pasienter hver.</p> <p>Pasientene ble rekrutterte fra seks polikliniske enheter i to kommuners senter for psykisk helse i Norge.</p> <p>Etter deltakelse på seminar ble det sendt oppfølgingsskjemaene til deltakerne, nr.1-1 måned etter og nr.2- 4 måneder etter.</p> <p>I oppfølgingsskjema ble de brukt flere kartleggingsverktøy som: Behaviour and Symptom Identification Scale-32, BASIS-32; Patient Activation Measure-13; Well-being Index utarbeidet av WHO.</p> <p>Det ble også brukt enkle spørsmål som: 'Hvor motivert er du i forhold til behandling?' der motivasjon var skåret på 6-punkts skala fra 0(ikke i det hele tatt) til 5(veldig mye).</p>	<p>Studien viste at eksperimentgruppe var fornøyd med den pedagogiske intervensjonen og at det forårsaket mer tilfredshet med helsetjenestene.</p> <p>Studien viste at pedagogisk intervensjon resulterte i tidligere aktivisering av pasienten og forbedret deltakelse.</p> <p>Studien fann ingen forbedringer i symptomatologi, motivasjon eller velvære.</p> <p>Konklusjon:</p> <p>Studien viste at pre-behandling og undervisning i kommune nivå forbedrer pasientaktivering og kan være en nyttig strategi for polikliniske pasienters tidlig engasjement i sin egen helse og behandling.</p>	<p>Denne studien viste at undervisning gitt til pasientene i forkant av oppstartet behandling gjorde at pasientene tok en mer aktiv rolle og ble mer involvert i en tidlig behandlings fase. Å undervise og informere er en av sykepleierens oppgaver. I vår oppgave vil vi snakke om pasienters erfaringer med å mestre sykdom og om viktigheten av å være medvirkende. I denne studien rapporterte deltakerne tilfredshet med helsetjenestene etter å ha fått undervisning og mer kunnskap.</p> <p>Studien ble også gjennomført i Norge og ble publisert i 2016. Den er derfor ekstra relevant.</p>

Matrise 8	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Referanse					
D'Souza, R., Piskulic, D., & Sundram, S. (2010). A brief dyadic based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial. <i>Journal of Affective Disorders</i> . Volum 120. Sider 272-276.	Studiens hensikt var å finne ut hvor effektivt psykoedukasjon til pasienter og deres partnere (ektefeller, pleiere, o.l.) var, sammenlignet med pasienter som ikke mottok psykoedukasjon og om dette reduserte antall tilbakefall.	Bipolar 1 disorder, group psychoeducation, clinical trial.	<p>Kvantitativ studie. 58 pasienter med bipolar lidelse som nylig hadde vært innlagt ble rekruttert. 31 av disse mottok behandling som vanlig (TAU), mens 27 deltok i psykoedukasjonsundervisninger (SIMSEP).</p> <p>TAU var en kommunebasert plan som inkluderte ukentlige møter med en psykolog på 45 minutter Disse 27 deltok i 12 undervisninger på 90 minutter over 12 uker. Etter disse 12 ukene, så gikk disse SIMSEP-pasientene over til vanlig behandling. Pasientene ble så fulgt videre til uke 60 av studien.</p>	<p>Av de 58 som deltok ved studiens start, så var det 45 som fullførte. 29 av disse holdt seg «friske» til uke 60 (TAU 12, SIMSEP 17), mens 16 hadde tilbakefall (TAU 13, SIMSEP 3).</p> <p>Tallene viser at SIMSEP-pasientene hadde langt færre tilbakefall. Disse hadde også lengre tid tilbakefallene, lavere maniske symptomer og økt medisinbruk som tyder på at psykoedukasjon er effektivt for å forhindre tilbakefall.</p>	Artikkelen viser at pasientene som mottok psykoedukasjon fikk færre tilbakefall. Dette tenker vi kan brukes som en form for mestringstiltak av lidelsen. Pasientene vil bruke mindre tid på sykdomsepisoder, og kan derfor være mer deltakende i livene sine for øvrig.

Matrise 9	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Referanse					
<p>Beentjes, T.A.A., Goossens, P.J.J. og Jongerden, I.P. (2015) Nurses' Experience of Maintaining Their Therapeutic Relationship With Outpatients With Bipolar Disorder and Their Caregivers During Different Stages of a Manic Episode: A Qualitative Study. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i> [Internett]. 52 (2): Sider: 131-138. DOI: http://dx.doi.org/10.1111/ppc.12109</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke sykepleierens erfaringer med tanke på deres terapeutiske forhold og sykepleietiltak til pasienter under ulike stadier av maniske episoder i kommunen. Studien fokuserer på sykepleierens erfaringer i situasjoner med motstridende interesser hos pasienter og pårørende.</p>	<p>Bipolar disorder; Experience; Nursing</p>	<p>En kvalitativ studie med åpne intervjuer som fokuserer på sykepleierens erfaringer i forhold til pasienter med bipolar lidelse i kommunen og deres pårørende under forskjellige stadier av en manisk episode.</p> <p>Det ble intervjuet ni sykepleiere som hadde jobbet i mer enn to år med bipolare pasienter</p> <p>Intervjuet varte mellom 45 og 75 minutter og det ble gjort lydopptak.</p>	<p>Alle deltakerne hadde hatt konsultasjoner med pårørende som var bekymret for en gjentatt manisk episode. Det dukket opp tre temaer: Dobbellojalitet: Deltakerne karakteriserte måten de opplevde utviklingen av motstridende interesser mellom pasienter og pårørende under en manisk episode.</p> <p>Å holde kontakten: Sykepleierens innsats var rettet mot å holde like god kontakt med pårørende som pasient. Sykepleierne prioriterte åpen kommunikasjon med pasient for å forhindre at pasienten mister tilliten.</p> <p>Forventning. Sykepleierne forventet å ha vanskeligheter i å være lojal og holde kontakt med begge sider under en eutymisk episode. Å kjenne både pasienten og pårørende godt gjorde det lettere for sykepleieren.</p> <p>Konklusjon: Resultatene av denne studien førte til følgende anbefalinger:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidlig engasjement av pårørende og utarbeiding av en forebyggingsplan forenkler håndteringen av maniske symptomer når det inntreffer. 2. Evaluering av forebyggingsplan for tilbakefall i lag med pasient og pårørende i 	<p>Artikkelen er relevant for oss fordi den handler om et tett samarbeid med både pasient og pårørende. Den viste at samarbeid under perioder da pasienten er stabil kan bidra til håndtering av maniske episoder, og at pårørende er en viktig samarbeidspartner.</p> <p>Artikkelen kan vi bruke når vi skal skrive om den individuelle planen for pasienten og undervisning som et viktig hjelpemiddel som bidrar til mestring.</p>

				<p>etterkant av hver episode kan muliggjøre læring fra opplevelser.</p> <p>3. Kontakte pårørende når en manisk pasient ikke er kontaktbar.</p> <p>4. Videre undersøkelse av pårørendes behov for støtte under en manisk episode.</p>	
--	--	--	--	--	--

Matrise 10	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Referanse					
Goossens, P. J. J., Beentjes, T.A.A., de Leeuw, J.A.M., van der Klein, E.A.M.K. og Achterberg, T. (2008) The Nursing of Outpatients with a Bipolar Disorder: What Nurses Actually Do. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> . [Internett]. 22(1): 3-11. http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2007.05.004	Målet med denne studien var å få en innsikt i det daglige praksisarbeidet hos psykiatriske sykepleiere i en kommunesetting som arbeidet med pasienter med bipolar lidelse.	Bipolar disorder; Nursing process; Community mental health nursing	En kvalitativ studie der semistrukturerte individuelle intervjuer og tre fokusgruppemøter, som ble lydregistrerte og transkriberte, ble foretatt. 23 psykiatriske sykepleiere som jobber i kommunen deltok i studien. De ble spurt om å skrive en hierarkisk liste over problemer de opplever, ønskede sykepleierutfall og anvendte tiltak.	Sykepleierne beskrev fem hovedproblemer de mente pasientene hadde, disse var: Sykdomsbenektelse, sosiale problemer, arbeidsrelaterte problemer, relasjonsproblemer, ustabil humør/humørsvingninger. Sykepleierne beskrev også hva de ønsket for pasientene: At de skulle være i en eutymiske, å kunne leve bedre med sykdommen, økt livskvalitet, god sykdomsinnsikt, og forståelse av sykdommen. Sykepleierne beskrev også tiltak: 1. De ønsket å være tilgjengelig 2. Informasjon og undervisning 3. Støtte og rådgivning 4. Tiltaksplaner 5. Overvåkning av medisinerings Konklusjon: Studien viser den generelle mangelen på en systematisk tilnærming til pleieaktiviteter av psykiatriske sykepleiere i kommunen. Regelmessig evaluering av resultater med både pasienten og et tverrprofesjonelt team er også klart nødvendig for å oppnå ønskede resultater hos pasientene.	Studien er relevant til oss både på grunn av at det er sykepleiere i kommunen som ble intervjuet og resultatene som kom fram. Det kommer fram både problemer, ønskede resultater og tiltak en sykepleier bør iverksette for å nå disse ønskede resultatene.

Søkehistorikktabell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Bipolar disorder AND homecare	15.12.2017	Cinahl	6	0	0	0
Bipolar disorder AND home	15.12.2017	Pubmed	180	3	1	1 Murton et al, 2014.
Bipolar disorder AND medication compliance Inklusjonskriterier: fra år 2010 eller nyere, research article, peer-reviewed	02.11.2017	Cinahl	106	9	2	2 Sajatovic et al, 2011. McKenzie og Chang, 2015.
Bipolar disorder AND psychoeducation	13.12.2017	PubMed	12	3	1	0
Bipolar disorder AND prodromes	10.04.2018	CINAHL	4	2	1	1 Goossens et al, 2010.
Bipolar disorder AND psychoeducation Inklusjonskriterier: Fra år 2010, peer- reviewed, research article	10.04.2018	CINAHL	1	1	1	1 D'Souza, Piskulic & Sundram, 2010.

Bipolar disorder AND relapse prevention	10.04.2018	CINAHL	50	3	0	0
Bipolar disorder AND manic episode Inklusjonskriterier: peer-reviewed, research article	13.11.2017	Cinahl	78	4	2	1 Sykepleierartikkel.
Bipolar disorder + Empowerment	18.04.2018	PubMed	256	1	1	1 Billsborough et al, 2014.
Bipolar disorder AND recovery Fra 2010.	18.04.2018	Cinahl	66	4	1	1 Veseth et al, 2012.
Education + Patient activation	18.04.2018	Cinahl	83	2	1	1 Lara-Cabrera et al, 2016.

Sjekkliste for kvalitative artikler – utarbeidet etter mal fra Forsberg og Wengström (2016)

Studie	A) Formål: 1. Hvilken metode er brukt? 2. Er studiens design relevant for besvarelsen av problemstillingen?	B) Utvalg: 1. Er utvalgskriteriene for utvalget godt beskrevet? 2. Hvor ble studien gjennomført? 3. Er utvalget riktig? 4. Er utvalget passende?	C) Metode for datasamling: 1. Er feltarbeidet godt beskrevet? 2. Beskrives metoden(e) for datasamling tydelig? 3. Er data systematisk samlet?	D) Dataanalyse 1. Hvordan er begrep, temaer og kategorier utvalgt og tolket? 2. Er analysen og fortolkningen av resultatet diskutert? 3. Er resultatene troverdige? 4. Er resultatene pålitelige? (undersøkelsens og forfatterens troverdighet) 5. Er det stabilitet og uoverensstemmelser? 6. Er resultatene diskutert med utvalget? 7. Er teoriene og fortolkningene som presenteres basert på den innsamlede dataen?	E) Evaluering 1. Kan resultatet sammenlignes med problemstillingen? 2. Støtter den innsamlede dataen forskerens/forskernes resultat? 3. Har resultatet klinisk relevans?
Billsborough m. fl.	1. Dybdeintervjuer 2. Ja	1. Ja. 2. I sikre og trygge omgivelser, helsepersonell på stedet. 3. Ja. 4. Ja.	1. Ja. 2. Ja. 3. Ja.	1. Analyse. Ord ble transkribert av forfatterne. 2. Ja. 3. Ja. 4. Ja. 5. Uoverensstemmelser og enigheter ble diskutert blant forfatterne. 6. Ja. 7. Ja.	1. Ja. 2. Ja. 3. Ja.