

Kristina Setnes Teige  
Mathilde Myklebust Ørstavik

## Bipolar lidelse og psykososiale tiltak

Antall ord: 8691

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Elin Margrethe Aasen

Mai 2019



Kristina Setnes Teige  
Mathilde Myklebust Ørstavik

## **Bipolar lidelse og psykososiale tiltak**

Antall ord: 8691

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie  
Veileder: Elin Margrethe Aasen  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



# Sammendrag

**Hensikt:** Hensikten med denne bacheloroppgaven var å belyse hvordan pasienter med bipolar lidelse erfarer psykososiale tiltak i møte med helsetjenesten og hvordan disse tiltakene har betydning for deres helse.

**Metode:** Dette er en systematisk litteraturstudie. Det er inkludert åtte kvalitative forskningsartikler, som er funnet gjennom systematiske litteratursøk i ulike databaser. Artiklene omhandler pasienters erfaringer når det gjelder psykososiale tiltak i helsetjenesten.

**Resultat:** Funnene viser særlig tre psykososiale faktorer pasienter med bipolar lidelse opplevde som viktige: relasjoner til helsepersonell og pårørende, kunnskap om lidelsen, faste rutiner og grensesetting. Pasientene fortalte om viktigheten av det å ha mennesker rundt seg som forstår hva de går gjennom. De syntes også at det var viktig å ha nok kunnskap om lidelsen for å kunne håndtere symptomene. Dersom de opplevde at de hadde for lite kunnskap ble de overveldet og følte at de mistet kontrollen. Pasientene fortalte også om hvordan faste rutiner og grensesetting hjalp dem til å danne struktur i hverdagen.

**Konklusjon:** Behandlingen av bipolar lidelse kan være komplisert på grunn av det svingende forløpet. Pasienter med bipolar lidelse erfarer psykososiale tiltak som viktige for å håndtere sykdommen. Psykoterapi ga økt forståelse og kunnskap om lidelsen, noe som virket forebyggende for pasientene.

# Abstract

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate how patients with bipolar disorder did experience the psychosocial interventions, and which interventions were considered as significant and valuable.

**Method:** This study is a systematic literature review. It includes a review of eight qualitative research articles that were identified through systematic searches in various databases. The articles' primary focus was on patients' experiences with psychosocial interventions in the health care system.

**Results:** The findings suggested, in particular, three psychosocial factors the patients experienced as important: relationships with health personnel and caregivers, knowledge about the disease, and regular routines and boundaries. The patients expressed the importance of having understanding people around. They also regarded it as essential to have sufficient knowledge about the disease to deal with symptoms. If patients experienced they had too little knowledge, they felt overwhelmed and a loss of control. The patients also reported how routines and boundaries helped them to establish structure in everyday life.

**Conclusion:** The treatment of bipolar disorder can be complicated because of the shifting moods. Patients with bipolar disorder experienced psychosocial interventions as essential to help them better to deal with the disease. Psychotherapeutic treatment gave the patients understanding and knowledge about the disease. The findings suggested that psychosocial interventions have preventive effects for bipolar disorder.

# Innhold

1	Innledning .....	8
1.1	Oppgavens hensikt .....	8
1.2	Problemstilling .....	8
1.3	Begrepsavklaring .....	9
1.4	Avgrensninger .....	9
1.5	Oppgavens oppbygning .....	9
2	Teoribakgrunn .....	10
2.1	Bipolar lidelse .....	10
2.2	Behandling av bipolar lidelse .....	11
2.2.1	Medikamentell behandling .....	11
2.2.2	Psykososiale tiltak .....	11
2.3	Joyce Travelbee .....	12
3	Metode .....	14
3.1	Datainnsamling .....	14
3.1.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	14
3.1.2	Søkestrategi og søkehistorikk .....	14
3.2	Kvalitetsvurdering .....	15
3.3	Etisk vurdering .....	15
3.4	Analyse .....	15
4	Resultat .....	17
4.1	Realsjoner .....	17
4.2	Kunnskap om lidelsen .....	18
4.3	Faste rutiner og grensesetting .....	19
5	Diskusjon .....	21
5.1	Metodediskusjon .....	21
5.2	Resultatdiskusjon .....	21
5.2.1	Relasjoner .....	22
5.2.2	Pasientens kunnskap og kompetanse om lidelsen .....	24
5.2.3	Faste rutiner og grensesetting .....	25
6	Konklusjon .....	28
6.1	Forslag til videre forskning .....	28
	Referanser .....	29
	Vedlegg .....	32

Vedlegg 1: Litteraturmatriser (8 stk)

Vedlegg 2: Søkehistorikk - tabell

# 1 Innledning

Oppgaven omhandler psykiske lidelser og har bipolar lidelse som tema. "Helse er en tilstand og en prosess av best mulig fysisk, psykisk, åndelig og sosialt velvære - og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet" (Hummelvoll, 2012, s. 35). Man kan altså oppleve å ha god helse selv om man ikke er fri for plager og symptomer. Psykisk helse er vanskelig å definere, da det er en personlig vurdering og opplevelsen vil variere ut fra livssituasjonen (Hummelvoll, 2012, s. 35-36).

Bipolar lidelse deles inn i to hovedgrupper: bipolar lidelse type 1 og type 2 (Hummelvoll, 2012, s. 223). Bipolar lidelse type 1 rammer én prosent av den norske befolkningen, mens bipolar lidelse type 2 rammer to prosent. Bipolar lidelse har i stor grad blitt oppfattet som biologiske lidelser, og de psykososiale forholdene har blitt lite undersøkt. Pasienter med bipolar lidelse har dermed ikke møtt tilstrekkelig interesse i psykoterapeutiske miljø (Aarre mfl., 2012, s. 98-103). I følge yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2016) er det sykepleiers oppgave å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg. Det psykologiske er viktig, og psykososiale tiltak vil virke forebyggende, men det finnes lite forskning på dette området (Aarre mfl., 2012, s. 103-104).

Mer enn 90 prosent av de som opplever en manisk episode, vil få flere, og 60-70 prosent av maniske episoder oppstår i tilknytning til depresjon. Personer med bipolar lidelse har symptomer i om lag 40 prosent av tiden de lever, der 10 prosent er maniske og en tredjedel er depressive. Bipolar lidelse påfører både pasienten og pårørende store påkjenninger, og det fører til klart redusert livskvalitet (Aarre mfl., 2012, s. 98-99). Rundt 90 prosent av de som tar livet sitt har en psykisk lidelse og 15-20 prosent av pasienter med bipolar lidelse dør i selvmord (Aarre mfl., 2012, s. 233-235).

## 1.1 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å belyse hvordan pasienter med bipolar lidelse erfarer psykososiale tiltak i møte med helsetjenesten og hvordan disse tiltakene har betydning for deres helse. Vi vil utvikle kunnskap om hvilke tiltak pasientene har behov for og hvilke tiltak som viser seg å fungere.

## 1.2 Problemstilling

Hvordan erfarer pasienter med bipolar lidelse psykososiale tiltak i møte med helsetjenesten?



### 1.3 Begrepsavklaring

Psykososiale tiltak: Det psykososiale handler om menneskets psyke og hvilke behov pasienten har ved sykdom, altså pasientens tanke- og følelsesliv (Stubberud, 2015, s. 14). I forhold til bipolar lidelse bygger psykososiale tiltak på at pasienten skal opparbeide kunnskap om lidelsen og klare å håndtere symptomer for å redusere tilbakefall (Aarre mfl., 2012, s. 103-106).

Helsetjenesten: Helsetjenesten er en fellesbetegnelse på alle private og offentlige institusjoner og virksomheter i samfunnet som forebygger, diagnostiserer og behandler sykdom, yter pleie og omsorg til syke mennesker eller rehabiliterer pasienter etter sykdom og skade (SML, 2019).

### 1.4 Avgrensninger

Vi har valgt å inkludere pasienter med bipolar lidelse som mottar helsehjelp uavhengig av hvor de oppholder seg. Derfor har vi inkludert forskningsartikler som omhandler både pasienter innlagt i institusjon og pasienter i hjemmet, samt artikler der det ikke er spesifisert hvor de oppholder seg. Vi har valgt å ikke fokusere på kun det maniske eller depressive, da vi ønsker å få et helhetlig bilde av lidelsen og inkludere begge typene i oppgaven.

### 1.5 Oppgavens oppbygning

Videre i oppgaven trekker kapittel to frem relevant teori. Teoridelen belyser tema som videre blir brukt i diskusjonsdelen. Kapittel tre inneholder informasjon om hvordan søket etter forskningsartikler ble gjennomført. I kapittel fire er det gjort en analyse av artiklene som viser sentrale funn. Kapittel fem inneholder en metodediskusjon og en resultatdiskusjon med drøfting. Oppgaven avsluttes med en konklusjon og forslag til videre forskning.

## 2 Teoribakgrunn

I dette kapitlet presenteres teori om bipolar lidelse, medikamentell- og psykososial behandling og sykepleieteoretiker Joyce Travelbee. Teorien vil senere bli brukt i diskusjonskapitlet for å belyse problemstillingen sammen med funn fra forskningsartiklene.

### 2.1 Bipolar lidelse

Bipolar lidelse deles inn i to typer. Tegn på bipolar lidelse type 1 er alvorlige depresjoner og manier der man helt kan miste realitetsforankringen. I maniske perioder er personen ofte overaktiv, med lite søvn og voldsom energi. Mani kan oppleves som en rus der man er alvorlig oppstemt, med nedsatt selvkritikk og høy selvtillit. Bipolar lidelse type 2 gir ofte mildere manier (hypomani), men like alvorlige depresjoner. Hypomaniske tegn er at man har mye energi, men at man ikke mister realitetsforankringen. Noen bruker mye penger eller blamerer seg på andre måter gjennom utsagn eller atferd som kan skape konflikter. Etter en manisk periode opplever personen ofte en depressiv periode med anger og fortvilelse (Hummelvoll, 2012, s. 223-224). Tegn på depresjon er tristhet, pessimisme, lav selvfølelse og kraftløshet med nedsatt fysisk og psykisk energi til å utføre dagligdagse gjøremål (Hummelvoll, 2012, s. 198-200). For å stille diagnosen må symptomene være så uttalte at det fører til nedsatt funksjon eller innleggelse (Aarre mfl., 2012, s. 97).

Noen får bare ett eller få anfall i løpet av livet, mens andre opplever flere i året. Vanligvis varer ubehandlet mani- og depresjonsperioder i fire til seks måneder, mens andre kan svinge raskt mellom mani og depresjon. Det er likevel få som har behov for gjentatte innleggelser. Dette avhenger av om pasientene har fått god informasjon om lidelsen og vet hvilke symptomer de skal være oppmerksomme på for å søke hjelp i tide. Pasientene kan motta hjelp både i lokalsamfunnet og på sykehus. Det er gode muligheter for å følge opp pasienter lokalt, men ved anfall har de ofte behov for å skjermes mot sosial stigmatisering på grunn av negativ selveksponering. Da vil sykehusinnleggelse ofte være et bedre alternativ for både pasient og pårørende. Det at sykehuset er tilgjengelig for å ta imot ved behov, oppleves som en trygghet for pasientene. Pasienter med gjentatte anfall har gjerne godt utbytte av behandling i lokalsamfunnet. Det er viktig med et godt tverrfaglig samarbeid mellom pasient, lege og sykepleier i lokalsamfunnet, samt spesialisthelsetjenesten. I alvorlige maniske og depressive perioder vil man sjelden kunne være i skole eller arbeid, mens i lange perioder med få eller ingen symptomer fungerer de fleste godt i skole og arbeid (Hummelvoll, 2012, s. 224-225). Det kan også være mange som sliter med restsymptomer og nedsatt funksjon mellom episodene, og dette kan være et hinder for livsutfoldelse og produktivitet (Aarre mfl., 2012, s. 99).

## 2.2 Behandling av bipolar lidelse

Alle mennesker har selv ansvar for og mulighet til å påvirke eget liv og egen helse. Egen innsats er viktig. For å ha mulighet til å ta vare på egen helse må man ha kunnskap, evne, ferdighet og vilje. Man trenger kunnskap om hva som er bra og hva som er dårlig. Denne kunnskapen må man ha evne og ferdighet til å kunne omsette til handling. Til slutt må personen ha vilje, noe som innebærer både å ønske og se betydningen av en handling (Håkonsen, 2015, s. 246-247).

Behandling av bipolar lidelse kan være utfordrende på grunn av det svingende forløpet (Aarre mfl., 2012, s. 99). Behandlingen må bygges på empatisk forståelse og faglig innsikt i forhold til å vurdere hvilke tiltak som skal iverksettes. Det er viktig med et godt samarbeid mellom helsepersonell, pasient og pårørende, så lenge pasienten samtykker til dette. Pasienten skal bli inkludert i behandlingen og samtidig føle seg trygg og respektert. I hvilken grad pasienten er inkludert varierer ut fra pasientens evne til å gi og ta imot informasjon (Hummelvoll, 2012, s. 231). I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) har pasienten rett til å motta den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innhold i helsehjelpen. Både pasient og pårørende har et stort behov for informasjon. Pasientene bør ha utviklet en individuell kriseplan der det skal stå hvilke varselsymptomer som skal føre til at helsetjenesten blir kontaktet, og hva pasienten selv kan gjøre (Aarre mfl., 2012, s. 100).

### 2.2.1 Medikamentell behandling

De fleste pasienter med bipolar lidelse bør motta medikamentell behandling både som akutt og forebyggende langtidsbehandling. Dersom lidelsen ikke blir behandlet medikamentelt vil prognosen være dårligere. De fleste responderer godt på litium (stemningsstabiliserende). Dette reduserer tilbakefallsfaren, men det er få som blir helt fri fra nye episoder. Det er en større utfordring å forebygge nye episoder enn å behandle de akutte. Medikamentell langtidsbehandling må være prøvd i minst seks måneder før man kan ta stilling til effekten og legemidlene sine negative sider (Aarre mfl., 2012, s. 100-103).

### 2.2.2 Psykososiale tiltak

Psykososiale tiltak kan være psykoterapi, opplæringsprogram, kognitiv atferdsterapi og miljøterapi, samt skjerming. Bipolar lidelse har lenge blitt sett på som en lidelse der man kun trenger å ta medisiner. I dag vet vi at medisiner alene ikke er tilstrekkelig i de fleste tilfeller. Psykoterapi kan være nødvendig for å få pasientene til å ta medisinen sin og møte til avtaler, samt opplæring for å forstå hensikten med behandlingen og hjelp til å håndtere tegn på tilbakefall (Aarre mfl., 2012, s. 103-105). Psykoterapi baserer seg på å behandle psykiske lidelser med psykologiske metoder. For å skape endringer i tanke- og følelsesliv brukes det metoder og teknikker for å hjelpe mennesket til mer hensiktsmessig atferd. Det terapeutiske arbeidet kan gjøres med enkeltmennesket, grupper eller familier (Håkonsen, 2014, s. 400).

Pasienten har rett til å medvirke i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Opplæringsprogram gir informasjon om lidelsen og prognosen, i tillegg til å gi pasienten evne til å medvirke i behandlingen og identifisere tegn på tilbakefall. Det er også mulighet for å inkludere familie i slike program. Dette kan bidra til økt støtte for pasienten, samt bedre familiens mulighet til å leve med lidelsen. Programmene virker forebyggende fordi det øker kunnskapsnivået, får pasientene til å ta medisinen sin og dermed reduserer faren for tilbakefall. Kognitiv atferdsterapi omfatter metoder for å mestre stress og påkjenninger, bedre pasientens medvirkning til medikamentell behandling og hjelp til å gjenkjenne tilbakefall. Det er også fokus på viktigheten av faste rutiner, som gode søvnvaner og regelmessige måltid. Miljøterapi er også et nyttig tiltak, men aktivisering og motivering bør utøves med hensyn til lidelsen. Ved innleggelse er pasientene ofte maniske, og sykepleier må da fokusere på ikke å la seg rive med, men være rolig og forsøke å realitetsorientere pasienten. Skjerming er et effektivt tiltak for å begrense stimuli. Mange pasienter ønsker selv å bli skjermet, og det lar seg gjøre selv om pasienten ikke er innlagt (Aarre mfl., 2012, s. 93-106). Skjerming kan skje frivillig, men hvis pasienten motsetter seg skjerming eller hvis skjermingen varer i mer enn 24 timer må det fattes vedtak (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-3).

En god allianse er viktig for en vellykket behandling. Dette forutsetter at pasientens grunnleggende behov blir dekket, blant annet behovet for respekt og omsorg. Allianse mellom pasient og sykepleier utvikles ved at sykepleier viser seg som en tydelig og forutsigbar person. Det krever at sykepleier er tilgjengelig, trygg og viser interesse for pasientens situasjon (Hummelvoll, 2012, s. 239-240). For å kunne danne en helhetlig oppfatning av hvordan pasienten har det, må sykepleier være empatisk. Ved å være empatisk lever sykepleier seg inn i pasientens tanker og følelser, samtidig som man holder en viss avstand (Eide og Eide, 2016, s. 39). Samtale er grunnleggende for å danne en allianse og for at pasientene skal få snakke om sine opplevelser. Ofte er det sykepleier som må ta initiativ til å innlede en samtale, da pasienten ofte vil benekte sine problemer. Sykepleier kan i sin tilnærming være personlig, men ikke privat, da alliansen bør ha en faglig distanse (Aarre mfl., 2015, s. 105). Grensesetting er et viktig sykepleietiltak med fokus på pasientens behov. Grensene vil preges av de intensjoner og begrunnelser man har. Grensesettingen kan for eksempel gå ut på at sykepleier avviser et krav pasienten har, eller at sykepleier kan imøtekomme deler av kravet (Hummelvoll, 2012, s. 240-243).

## 2.3 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var en psykiatrisk sykepleier som la vekt på mellommenneskelige forhold. Hun fokuserte på sykepleiers ansvar for å etablere relasjoner til pasientene og evnen til å bruke seg selv på en terapeutisk måte. Travelbee så på hvert menneske som et unikt individ, men med allmenmenneskelige erfaringer. Travelbee påpekte at et menneske kan ha god helse til tross for sin diagnostiserte sykdom. Opplevelsen av sykdom er subjektiv. For mange vil opplevelsen av å ha god helse innebære at de kan utføre dagligdagse gjøremål på en tilfredsstillende måte, mens andre vil oppleve god helse når de er i stand til å arbeide (Travelbee, 2007, s. 32-88).

Alle mennesker vil til forskjellige tider i livet avvike fra en god helsetilstand og bli syke. Sykepleie baserer seg på å forebygge sykdom og fremme god helse, og det er sykepleiers oppgave å hjelpe den syke til å finne mening (Travelbee, 2007, s. 33-38). Gjennom kommunikasjon formidles det tanker og følelser, som gjør at sykepleier blir kjent med pasienten. Sykepleier og pasient kommuniserer både når de samtaler og når de er tause. Å bli kjent med pasienten bidrar til at sykepleier identifiserer pasientens særegne behov. Disse observasjonene kan brukes til å planlegge og utføre sykepleie i samsvar med disse behovene. Ved etablering av dette menneske-til-menneske-forholdet kan sykepleier nå målet og hensikten med behandlingen (Travelbee, 2007, s. 135-140).

## 3 Metode

I dette kapittelet gjøres det rede for datainnsamling og analyse av det innsamlede materialet. Dette er en systematisk litteraturstudie. En slik studie baserer seg på artikler av god kvalitet som har som hensikt å besvare en problemstilling. Det ble gjennomført systematiske litteratursøk for å finne åtte relevante forskningsartikler. For at det skal være et systematisk litteratursøk må det oppfylle visse kriterier. Disse kriteriene kan variere, men de har en felles forståelse for at forskningen må være relevant innenfor et spesifikt område. Mulrow og Oxman har definert en systematisk litteraturstudie som at det utgår fra en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström, 2016, s. 26-28).

### 3.1 Datainnsamling

Søkeprosessen startet høsten 2018. Planen var først å ha sykepleieperspektiv, men etter en del søk fant vi flest relevante artikler med pasientperspektiv. Videre ble problemstillingen endret og vi måtte derfor gjøre nye søk i starten av 2019.

#### 3.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å finne relevante artikler var det nødvendig å spesifisere hva vi ønsket å inkludere. Vi valgte å inkludere artikler som omhandlet personer med bipolar lidelse som er eller har vært i møte med helsetjenesten. Artiklene skulle være fra et pasientperspektiv da problemstillingen omhandler pasienters erfaringer. Pasientene måtte være over 18 år og vi inkluderte begge kjønn. Artiklene måtte være på engelsk eller skandinavisk språk, være publisert innenfor de siste tiår og være fagfellevurderte forskningsartikler.

#### 3.1.2 Søkestrategi og søkehistorikk

I følge Forsberg og Wengström (2016, s. 63) kan et litteratursøk skje ved at man søker manuelt eller i databaser. I denne oppgaven har vi tatt i bruk begge metodene for å finne relevante forskningsartikler. Databasene PubMed, Cinahl og PsycINFO ble brukt. Søkeordene er basert på problemstillingen. Søkeordene som ble brukt var "bipolar disorder", "patient/-s", "recovery", "nursing care", "psychoeducation", "psychotherapy" og "psychiatric patients". Ved å bruke den boolske operatøren AND mellom søkeordene ble søket smalere og ved bruk av OR ble søket bredere (Forsberg og Wengström, 2016, s. 69). Det første vi gjorde etter å ha utført et søk var å lese gjennom overskriftene for å se om det var noe som kunne være relevant for oppgaven. Videre leste vi gjennom abstraktet og dersom det svarte på problemstillingen og møtte inklusjonskriteriene ble hele artikkelen lest og vurdert.

Det ble også utført to manuelle søk. Manuelle søk kan gjøres på ulike måter. En måte er å lese referanselisten til en interessant artikkel, der vil man kunne finne flere artikler som omhandler samme tema (Forsberg og Wengström, 2016, s. 64). Vi leste referanselisten til en artikkel, søkte noen av artiklene opp i Oria, og fant da artikkelen av Billisborough mfl. (2014, s. 9-14). Ett av våre søkekriterier var engelsk eller skandinavisk språk. På ett av søkene som ble utført i databasen Cinahl fikk vi få treff, og vi prøvde derfor å fjerne denne begrensningen. Vi fant da artikkelen til Vallarino mfl. (2018, s. 129-136). Artikkelen ble deretter søkt opp i Oria, slik at den kunne brukes som et manuelt søk.

## 3.2 Kvalitetsvurdering

I denne oppgaven er det inkludert åtte kvalitative forskningsartikler. Etter at vi hadde funnet artiklene startet arbeidet med å vurdere kvaliteten. For å kvalitetssjekke artiklene ble Norsk senter for forskningsdata (NSD) brukt. Der ble det undersøkt om forskningsartiklene tilsvarte nivå en eller to av vitenskapelig kvalitet. Alle de åtte artiklene ble kvalifisert til nivå en.

Alle forskningsartiklene har IMRaD-struktur. Det ble brukt sjekklister for kritisk vurdering av kvalitativ forskning. Denne sjekklisten har ti spørsmål som bidrar til å vurdere om studiene har god kvalitet og har resultater som er gode nok til å bruke i oppgaven (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014). Vi har valgt å kun inkludere kvalitativ forskning, da dette gir en god beskrivelse av pasientopplevelser og et godt grunnlag for å få frem hensiktsmessige resultater for vår oppgave (Forsberg og Wengström, 2016, s. 142). For å forsikre oss om at alle artiklene var fagfellevurderte søkte vi i e-tidsskrift i Oria.

## 3.3 Etisk vurdering

I følge Forsberg og Wengström (2016, s. 132) er det et krav for alle forskningsartikler at det blir gjort etiske betraktninger. Interessen for å innhente ny kunnskap skal alltid veies opp mot kravet om å skåne de individ som deltar i undersøkelsen. Det skal alltid søkes om etisk godkjenning fra en lokal eller regional komité. Vi har inkludert åtte forskningsartikler der det i seks av dem står at de er vurdert av en etisk komité. I de to andre studiene står det ikke spesifisert om artiklene er etisk godkjent, men deltakerne har gitt informert samtykke. Dersom deltakerne har gitt informert samtykke, kan man ta utgangspunkt i at artikkelen er etisk vurdert (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014).

## 3.4 Analyse

Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp det man har undersøkt i mindre deler og undersøke dem hver for seg, for så å sette det sammen på en ny måte (Forsberg og Wengström, 2016, s. 152). Vi har brukt Evans (2002, s. 25) analysemetode for å analysere forskningsartiklene. Denne analyseprosessen er delt inn i fire faser.

Fase en var å samle datamateriale. Denne prosessen står beskrevet i kapittel 3.1. Vi vurderte artiklene og ekskluderte de som ikke hadde god nok kvalitet. Vi satt da igjen med åtte artikler som vi kunne bruke i oppgaven. Deretter ble det skrevet litteratormatrise for hver artikkel.

I fase to ble de valgte artiklene lest gjennom flere ganger for å få en helhetlig forståelse av innholdet. Vi nummererte artiklene fra en til åtte og fordelte de slik at vi hadde fire hver og leste gjennom artiklene separat, for så å bytte artikler. Vi markerte nøkkelord hver for oss og sammenlignet dem etterpå for å sikre at viktige resultater ikke ble oversett. Nøkkelordene vi fant var kommunikasjon, å forstå diagnosen og symptomene, relasjon, grensesetting, informasjon, faste rutiner, gjenkjenne symptomer, trygt og støttende miljø. Dette var nøkkelord som forklarte hva pasientene opplevde som viktig i forhold til sin lidelse.

I fase tre skrev vi nøkkelordene inn i en felles liste hvor vi også nevnte svakheter og andre viktige momenter som var relevant for å få oversikt over innholdet i artiklene. Vi brukte fargekodesystem for å identifisere tema som gikk igjen på tvers av artiklene. Likheter og ulikheter mellom artiklene ble analysert og vurdert. Temaer som viste seg å være gjentakende var relasjoner, kunnskap om lidelsen og faste rutiner og grensesetting. På bakgrunn av dette anså vi disse som våre hovedfunn.

I fase fire ble det samlet sammen funn og utviklet en resultatpresentasjon. På denne måten blir hovedfunnene presentert på en strukturert måte i resultatkapittelet. Sitat fra forskning er også inkludert for å belyse problemstillingen og for å få frem respondentenes erfaringer.



## 4 Resultat

I dette kapittelet tas det utgangspunkt i analysen av artiklene. Artiklene omhandler pasienter med bipolar lidelse i manisk- og depressiv periode, samt artikler der det ikke er spesifisert. Pasientene ble intervjuet i ulike kontekster, både når de var hjemme og i institusjon. Det blir presentert tre temaer som pasientene opplevde som viktige: relasjoner, kunnskap om lidelsen og faste rutiner og grensesetting. Resultatet skal presenteres slik at leseren skal kunne avgjøre om resultatet svarer på problemstillingen på en detaljert måte (Forsberg og Wengström, 2016, s. 41).

### 4.1 Relasjoner

Studiene (Blixen mfl., 2016, s. 635-644; vanLankeren mfl., 2019, s. 1-9; Stegink mfl., 2015, s. 290-296; Vallarino mfl., 2018, s. 129-136; Crowe mfl., 2011, s. 294-302; Billisborough mfl., 2014, s. 9-14) viser at relasjoner med helsepersonell dannet grunnlaget for behandlingen. Ene studien (Blixen mfl., 2016, s. 635-644) viser til dårlig kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell. Helsepersonell brukte faguttrykk som pasientene ikke forsto, samtidig som de hadde stort fokus på medisiner og fremfor samtale. Studien av vanLankeren mfl. (2018, s. 1-9) viser at pasientene syntes at sykepleierne opptrådte rolig og tillitsfullt, samt at de var enkle å tilnærme seg og lette å kommunisere med. Studiene (Stegink mfl., 2015, s. 290-296; Vallarino mfl., 2018, s. 129-136; Billisborough mfl., 2014, s. 9-14) viser at et trygt og støttende miljø med en tilgjengelig sykepleier var viktig. Sykepleier burde ha et empatisk forhold til pasienten og kjenne pasienten foruten lidelsen. Pasientene følte støtte når sykepleier hjalp dem til å sortere tanker og følelser, både ved å lytte, men også ved å ta opp viktige temaer. At sykepleier utstrålte forståelse og opptrådte motiverende var positivt for samarbeidet med pasientene. En av respondentene uttrykte følgende: "She is kind and caring, and that makes it possible to tell her everything. I would have even told her if I had suicidal ideations; even if I had had concrete plans, I would have told her" (Stegink mfl., 2015, s. 293).

Pasientene fortalte at de opplevde det utfordrende å finne helsepersonell som både var empatiske, flinke og samtidig villige til å hjelpe. En støttende relasjon tok tid å opprette og pasientene var redde for at det de delte med helsepersonell skulle føre til at de ble innlagt (Vallarino mfl., 2018, s. 129-136). Pasientene syntes at sykepleiere som ledet samtalene og brukte humor for å håndtere situasjoner var positivt. De syntes det var negativt at sykepleierne brukte mye tid på dokumentering og arbeid på vaktrommet, da de på den måten ikke var like tilgjengelige for pasientene. Ved bruk av tvang bemerket pasientene viktigheten av jevnlig informasjon fra sykepleier for å unngå ubehagelige opplevelser og for å få klarhet i situasjonen (vanLankeren mfl., 2018, s. 1-9). I studien av Vallarino mfl. (2018, s. 129-136) var det flere av pasientene som ikke forsto hvorfor de var innlagt. Ved innleggelse var de skamfulle og de følte at de hadde feilet. De følte seg umyndiggjort og isolert, og mente at man burde gjøre alt for å unngå

sykehusinnleggelse. Noen av pasientene fortalte også at de følte seg trygge og beskyttet når de var innlagt.

I studiene (Billisborough mfl., 2014, s. 9-14; Crowe og Inder, 2018, s. 237-241; Vallarino mfl., 2018, s. 129-136) bemerket respondentene at det var viktig å ha familie og andre rundt seg som hadde forståelse for hva de gikk igjennom og som kjente til deres symptomer. Tidlig handling og hjelp før de nådde krisepunktet var virkningsfullt, men sjeldent en realitet for mange. I studiene (Blixen mfl., 2016, s. 635-644; Chen mfl., 2018, s. 1-11) følte flere av respondentene manglende støtte fra familien og nærmiljøet. Noen følte at familien unngikk dem på grunn av lidelsen, andre hadde aldri hatt noe særlig forhold til familien. Lidelsen kunne bidra til misforståelser i relasjoner med andre mennesker. Respondentene fortalte at pårørende noen ganger ga feilinformasjon og fikk dem til å tro at de ikke trengte å ta medisinen sin.

I den ene studien fortalte noen av respondentene at de valgte å ikke fortelle om diagnosen til andre, da de følte at de ble oppfattet som gale. Dette bidro til å svekke relasjoner til andre mennesker og kunne gi økt følelse av ensomhet. Andre valgte å dele det kun med de nærmeste, da noen ga uttrykk for å bli ukomfortabel ved å vite om diagnosen (Crowe mfl., 2012, s. 294-302). Respondentene fortalte at det å ha en deltids- eller fulltidsjobb hjalp dem økonomisk, å danne et sosialt miljø og i tillegg førte det til at de følte seg nyttige i samfunnet. Flere fortalte at det var den beste sosiale kontakten de hadde utenfor familien. Helsepersonell forsto ikke alltid viktigheten av å jobbe, og de mente det kunne bidra til økt stress (Vallarino mfl., 2018, s. 129-136).

## 4.2 Kunnskap om lidelsen

I studiene (Blixen mfl., 2016, s. 635-644; Crowe mfl., 2012, s. 294-302; Crowe og Inder, 2018, s. 237-241; Vallarino mfl., 2018, s. 129-136; Chen mfl., 2018, s. 1-11) viser respondente til viktigheten av å ha kunnskap om lidelsen for å klare å håndtere symptomer. Flere av respondentene følte at de hadde for lite kunnskap om sykdommen (Blixen mfl., 2016, s. 635-644). I studien av Crowe mfl. (2012, s. 294-302) fortalte respondentene at periodene med skiftende stemningsleie opplevdes vanskelig da de ikke forsto symptomene. De følte seg overveldet av symptomene og mistet dermed kontrollen. Studien av Crowe og Inder (2018, s. 237-241) viser at psykoterapi var nyttig ved at de lærte å kjenne seg selv bedre og at de fikk mer kunnskap om lidelsen. Respondentene lærte å skille mellom hva som var symptom på lidelsen og hva som var deres egen personlighet. "...I still don't understand what constitutes it. To understand it is the first issue. And since I don't understand what symptoms are, I gotta first know `em before I can say I'm aware of `em" (Blixen mfl., 2016, s. 637). De beskrev psykoterapi som et godt grunnlag for bedring da de lærte å snakke om sykdommen, hva som trigget den, fange opp tidlige tegn og lære seg strategier som hjalp dem til å mestre en periode med forverring. Dette var for eksempel å akseptere seg selv, holde på rutinene, ta en pause fra krevende oppgaver og ta vare på seg selv (Crowe og Inder, 2018, s. 237-241).

Respondentene bemerket viktigheten av at helsepersonell lyttet til pårørende som kjente tegn og symptomer i større grad enn utenforstående, da de ofte hadde fulgt opp- og nedturene flere ganger (Billsborough mfl., 2014, s. 9-14). I studiene (Vallarino mfl., 2018, s. 129-136; Chen mfl., 2018, s. 1-11) opplevde de fleste respondentene psykoterapi i grupper som lærerikt siden de fikk snakke med andre som opplevde det samme. Noen mente at det var bedre med individuell psykoterapi da det kunne være utfordrende og flaut å åpne seg for flere. Mange ønsket å inkludere familien i noen av timene slik at de kunne få mer kunnskap og forståelse for diagnosen. Respondentene erfarte at medisiner alene ikke var tilstrekkelig, men at de også hadde behov for psykoterapi. De ville ha noen å snakke med, og ikke bare bli tildelt medisin og videre sendes hjem. Av de som hadde deltatt i psykoterapien var det flere som fortsatte å ta sine medisiner for å holde sykdommen i sjakk. Det ble lettere å ikke skamme seg over lidelsen, og ikke la den definere hvem man er.

### 4.3 Faste rutiner og grensesetting

Viktigheten av å ha faste rutiner å forholde seg til kommer frem i flere av studiene. Dette bidrar til struktur i hverdagen og gir en følelse av å klare å kontrollere symptomene (Billsborough mfl., 2014, s. 11-12; Crowe og Inder, 2018, s. 241; Stegink mfl., 2015, s. 294; Vallarino mfl., 2018, s. 132-133; Chen mfl., 2018, s. 6; Blixen mfl., 2016, s. 638). I perioder med depresjon opplevde pasientene faste rutiner, positive aktiviteter og målsetting som hjelpsomt for å unngå de store humørendringene. Rutiner som virket forebyggende var blant annet regelmessig søvn, riktig kosthold, fysisk aktivitet, ta medisinen og ha en plan for å forhindre anfall. I perioder med mani var det viktig å unngå mye stress og stimuli (Billsborough mfl., 2014, s. 11-12). Pasienter som var innlagt på institusjon opplevde det som nyttig å ha et dagsprogram som ga dem konkrete tidspunkt å forholde seg til (vanLankeren mfl., 2018, s. 6). I studien av Blixen mfl. (2016, s. 638) beskrev respondentene vanskeligheten med å følge medisin-rutinene når de hadde en bra periode, da de følte at de ikke trengte medisinen.

Litt fysisk aktivitet hver dag bidro til at pasientene fikk kontroll over situasjonen, forebygget depresjon og slik bidro til bedring (Stegink mfl., 2015, s. 294). Noen av respondentene beskrev viktigheten av å ha fast arbeid å forholde seg til. Dette førte til at de kom seg opp om morgenen for å utføre sine arbeidsoppgaver (Vallarino mfl., 2018, s. 132-133). Noen nevnte også at dagbok der man skriver humørforandringer hver dag kunne være et godt tiltak for å få en større forståelse for hva som faktisk påvirker humøret (Chen mfl., 2018, s. 6). En av respondentene uttrykte: "I try and get myself outside and to make sure i keep eating properly.... it makes a really big difference eating regular meals... I definitely try and keep up with my routines" (Crowe og Inder, 2018, s. 241).

I den ene studien (Chen mfl., 2018, s. 6) kommer det også frem at det å holde seg unna alkohol var et godt tiltak. I en annen studie (Billsborough mfl., 2014, s. 11-12) brukte en av respondentene alkohol som selvmedisinering for å takle vanskelige perioder. Det kunne av ulike grunner være utfordrende å holde faste rutiner og sette grenser for seg selv. Pasientene uttrykte at de ofte hadde behov for at sykepleier skulle sette slike

grenser. Dette bidro til at de klarte å definere seg selv og bli realitetsorienterte. Det kunne også hindre pasientene i å bruke for mye penger, ødelegge kontakten med familien og generell utmattelse. Respondentene fortalte at det kunne være vanskelig å akseptere grensene, men ved bruk av humor og motivasjon ble det enklere (vanLankeren mfl., 2018, s. 6).

# 5 Diskusjon

## 5.1 Metodediskusjon

I metodekapittelet har vi basert oss på litteratur fra Evans (2002) og Forsberg og Wengström (2016). Vi har også tatt utgangspunkt i tilbakemeldinger fra veiledning og seminarer, samt undervisningsmateriell. Vi har hatt et godt samarbeid i gjennomføringen av denne litteraturstudien. Det meste av oppgaven er utført sammen og vi har derfor hatt mange faglige diskusjoner. Dette mener vi bidrar til å styrke oppgaven.

Høsten 2018 ble vi enige om tema vi ønsket å skrive om. Vi utarbeidet en prosjektplan og en midlertidig problemstilling. Når vi først startet med oppgaven hadde vi tenkt å skrive i et sykepleieperspektiv. Vi fant fort ut at det var mer forskning om pasienters erfaringer, og valgte derfor å endre perspektiv. Deretter hadde vi tenkt å skrive om pasienter med bipolar lidelse som var innlagt på institusjon, og hvordan de opplevde trygghetsskapende sykepleie. Det var vanskelig å finne søkeord ut fra denne problemstillingen, og artiklene vi fant samsvarte ikke med problemstillingen. Vi valgte derfor å endre problemstillingen, og dermed også søkeord, men med håp om å finne flere av artiklene vi allerede hadde. Databasene Cinahl, PubMed og PsycINFO ble brukt. Vi var best kjent med Cinahl og PubMed, og det var derfor naturlig for oss å bruke disse. PsycINFO ble brukt da vi ikke fant nok relevante artikler i de andre databasene. Alle artiklene er skrevet på engelsk, og vi kan ha mistolket deler av innholdet. Dette kan være en svakhet i oppgaven.

Et inklusjonskriterie var at deltakerne måtte være over 18 år, men vi har likevel valgt å inkludere en artikkel med aldersgruppen 15-35 år, da den er relevant for oppgaven. Artikkelen til Vallarino mfl. (2018) er opprinnelig en italiensk artikkel, men da den er skrevet på engelsk kan den likevel brukes i oppgaven. Alle artiklene er nyere forskning, den eldste artikkelen er fra 2011 og de nyeste fra 2019. Dette kan styrke oppgavens relevans og gjøre oppgaven mer dagsaktuell. Vi har valgt å kun bruke kvalitative forskningsartikler, da det er det som svarer best på problemstillingen når fokuset er rettet mot pasientenes erfaringer og opplevelser.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet drøftes teorien og resultatene. Psykososiale tiltak er en del av behandlingen for pasienter med bipolar lidelse. Å tilpasse behandlingen til hver enkelt kan være utfordrende på grunn av det svingende forløpet og de ulike behovene pasientene har (Aarre mfl., 2012, s. 99). Kapittelet starter med pasientenes relasjoner til helsepersonell og pårørende, da dette var et tema som gikk igjen i alle artiklene. Videre beskrives viktigheten av at pasientene har kunnskap om lidelsen. Til slutt drøftes tiltak som faste rutiner og grensesetting. Dette var tiltak som gikk igjen i flere av artiklene.

## 5.2.1 Relasjoner

### *Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier*

En god relasjon er en grunnleggende faktor i behandlingen av bipolar lidelse og noe pasientene i studiene opplevde som verdifullt. For å danne en relasjon er kommunikasjon essensielt. I følge Travelbee (2007, s. 135-140) kan kommunikasjon skje både gjennom samtale og ved å være tause. Kommunikasjon er et viktig redskap der det formidles tanker og følelser som bidrar til at sykepleier kan identifisere pasientens behov. Hummelvoll (2012, s. 239-240) bekrefter også viktigheten av en god allianse for en vellykket behandling. En slik allianse kan dannes gjennom samtale, der sykepleier er tydelig og forutsigbar. Funnene viser at pasientene følte støtte når sykepleier hjalp dem til å sortere tanker og følelser, både ved å lytte aktivt, men også ved å ta opp vanskelige temaer. Som sykepleiere må vi være tilgjengelig, trygge og sette oss inn i pasientens situasjon. Eide & Eide (2016, s. 39) forklarer at for å danne en helhetlig oppfatning av hvordan pasienten har det må sykepleier være empatisk. Ved å være empatisk lever sykepleier seg inn i pasientens tanker og følelser, men det må også opprettholdes en viss avstand. Pasientene i studien av Stegink mfl. (2015, s. 290-296) bekrefter at det er viktig med sykepleiere som er empatiske og som prøver å forstå pasientene foruten lidelsen. De satte pris på å få diskutere sykdommen med en sykepleier som kjente dem og som i tillegg hadde kunnskap på området. Behandlingen må bygges på empatisk forståelse og faglig innsikt i forhold til å vurdere hvilke tiltak som skal iverksettes (Hummelvoll, 2012, s. 231).

Joyce Travelbee (2007, s. 32-88) hevdet at det var sykepleiers ansvar å etablere relasjoner til pasientene. Hun mente også at alle pasienter var unike individ, og måtte dermed tilnærmes på ulike måter. Noen av pasientene i studien av Blixen mfl. (2016, s. 635-644) syntes at helsepersonell brukte for mye faguttrykk, noe som førte til at de ikke forsto. De opplevde dermed at kommunikasjonen ble dårlig og at de ikke fikk den informasjonen de hadde behov for. Pasientene i studien av vanLankeren mfl. (2018, s. 1-9) mente derimot at sykepleierne var lette å kommunisere med, da de opptrådte rolig og tillitsfullt, i tillegg til at de var lette å komme i kontakt med. I følge Hummelvoll (2012, s. 240-243) er samtale viktig for at pasienten skal få mulighet til å snakke om sine opplevelser. Ofte er det sykepleier som må ta initiativ til samtale. Dette understøttes også i funnene der pasientene syntes det var positivt at sykepleierne innledet til samtale, samtidig som de brukte humor for å håndtere utfordrende situasjoner. Vi har likevel erfart at det kan være vanskelig å innlede til samtale med enkelte pasienter, da de gir uttrykk for at de ikke ønsker å snakke.

### *Pasientens opplevelser ved innleggelse*

I studien av Vallarino mfl. (2018, s. 129-136) kommer det frem at noen av pasientene holdt tilbake informasjon da de var redde for at om de delte for mye med helsepersonell, kunne dette føre til innleggelse. De snakket også om utfordringen med å finne helsepersonell som både var empatiske, flinke og villige til å hjelpe dem. Pasientene følte trygghet og bedre atmosfære i miljøet når sykepleier var tilstede. Noen av pasientene fortalte også at det var vanskelig å komme i kontakt med sykepleierne på institusjon, da de var lite ute i fellesmiljøet og oppholdt seg mye på vaktrommet (vanLankeren mfl., 2019, s. 3)

Hummelvoll (2012, s. 224-225) hevder at det er få som har behov for gjentatte innleggelse. I studien av Vallarino mfl. (2018, s. 129-136) mente noen av pasientene at man burde gjøre alt for å unngå innleggelse, mens andre fortalte derimot at de følte seg trygge og beskyttet ved innleggelse. Pasientene hadde altså ulike erfaringer med innleggelse, og dette skyldes gjerne hvorfor de måtte legges inn og måten det ble utført på. Ut fra studiene var det mange som ikke forsto hvorfor de måtte legges inn. De opplevde skam, følte seg umyndiggjort og isolerte. Hummelvoll (2012, s. 224-225) hevder likevel at sykehusinnleggelse ofte vil være det beste alternativet ved anfall, da pasientene har behov for å skjermes mot sosial stigmatisering. Ved innleggelse bør sykepleier opptre rolig og forsøke å realitetsorientere pasienten. I følge Aarre mfl. (2012, s. 104-106) erfares skjerming som en effektiv behandling for å begrense stimuli. Skjerming kan skje frivillig og under tvang. I følge psykisk helsevernloven (1999, §4-3) må det fattes vedtak dersom skjermingen varer i mer enn 24 timer. Funnene viser at ufrivillig skjerming kan være en effektiv behandlingsmetode i enkelte tilfeller, men da er det viktig at pasienten får jevnlig informasjon for å unngå ubehagelige opplevelser og for å få klarhet i situasjonen.

#### *Familie, venner og det sosiale miljøet*

Pasientene påpekte viktigheten av å ha familie og venner rundt seg som forstår hva de går gjennom. Pårørende kan bidra til å gjenkjenne symptomer, og dermed fange opp varseltegn. Hummelvoll (2012, s. 231) hevder at det er essensielt med et godt samarbeid mellom helsepersonell, pasient og pårørende. I studien av Chen mfl. (2018, s. 1-11) var det noen av pasientene som ikke hadde noe særlig forhold til familien, og som mente at de ikke hadde behov for at de skulle involveres. I studien av Blixen mfl. (2016, s. 635-644) fortalte derimot pasientene at de følte manglende støtte fra familien og nærmiljøet. Noen følte at familien unngikk dem grunnet lidelsen. Dette fordi sykdommen ofte førte til misforståelser i relasjoner med andre mennesker. Dette understøttes av Hummelvoll (2012, s. 223) som hevder at et av tegnene på en manisk episode er at personen ofte blamerer seg gjennom utsagn eller atferd som kan skape konflikter med andre mennesker. Mange av symptomene ved bipolar lidelse gjør at personene utfører handlinger som kan være vanskelig for familie og venner å forstå. I følge Aarre mfl. (2012, s. 100) har pårørende også et stort behov for informasjon og kunnskap om diagnosen. Informasjon og kunnskap er grunnleggende for at pårørende skal kunne være en ressurs.

I følge Joyce Travelbee (2007, s. 32-88) er sykdom en subjektiv opplevelse, og man kan ha god helse til tross for sin diagnose. For noen innebærer god helse at de har mulighet til å arbeide. I studien av Vallarino mfl. (2018, s. 129-136) fortalte pasientene om hvordan det å være i arbeid hjalp dem i form av det sosiale. Det var den beste kontakten de hadde utenfor familien og det var godt å føle seg nyttig og kunne bidra i samfunnet. Helsepersonell mener at jobb kan bidra til økt stress for personer med bipolar lidelse og dette viser at helsepersonell ikke har forståelse for deres behov for å være i arbeid. Hummelvoll (2012, s. 224-225) hevder at personer med bipolar lidelse sjelden kan være i arbeid eller gå på skole ved alvorlige maniske eller depressive perioder, men at de fleste kan være i arbeid i perioder med få eller ingen symptomer. Aarre mfl. (2012, s.

99) hevder derimot at det uansett kan være utfordrende å være i arbeid da det er mange som sliter med restsymptomer og har nedsatt funksjonsevne mellom episodene. Funnene viser at pasientene opplevde enkelte utfordringer med det å være i arbeid, men at de hadde mest positive opplevelser.

### 5.2.2 Pasientens kunnskap og kompetanse om lidelsen

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) har pasienten rett til å medvirke i behandlingen. Kunnskap om lidelsen er grunnleggende for at pasientene skal føle at de har mulighet til dette. For pasienter med bipolar lidelse er det viktig å ha kunnskap om lidelsen for å klare å håndtere symptomer. Slik kunnskap kan opparbeides gjennom ulike psykososiale tiltak. I følge Aarre mfl. (2012, s. 103) er omfattende opplæring nødvendig for de fleste av pasientene dersom de skal forstå hensikten med behandlingen.

Psykoterasi er et tiltak som baserer seg på metoder og teknikker for å skape endringer i tanke- og følelsesliv, og dermed hjelpe mennesket til mer hensiktsmessig atferd.

Samtalen er det viktigste verktøyet i dette arbeidet (Håkonsen, 2014, s. 400). Funnene viser at pasientene som hadde lite kunnskap om lidelsen opplevde at de ikke forsto symptomene og dermed mistet kontrollen. Ved bipolar lidelse er symptomene så uttalte at det fører til nedsatt funksjon og/eller innleggelse (Aarre mfl., 2012, s. 97). I følge Hummelvoll (2012, s. 224-225) baserer antall innleggelser seg på hvor god informasjon pasientene har fått om lidelsen. God informasjon og kunnskap kan dermed bidra til å redusere antall innleggelser. Viktigheten av dette understrekes av pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) som legger vekt på at pasienten har rett på den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som blir gitt.

Gjennom psykoterasi lærte pasientene mer om seg selv, i tillegg til at de fikk mer kunnskap om lidelsen. I følge Aarre mfl. (2012, s. 103) kan psykoterasi være nødvendig for at pasientene skal forstå behandlingen og få hjelp til å håndtere tilbakefall.

Pasientene beskrev psykoterasi som et grunnlag for bedring da de lærte å snakke om sykdommen og de lærte seg strategier som bidro til mestring i perioder med forverring (Crowe og Inder, 2018, s. 237-241). Funnene viser at pasientene følte mindre skam etter psykoterasi, da de forsto at sykdommen ikke definerer hvem de er. De klarte å skille mellom hva som var personligheten deres og hva som skyldtes lidelsen.

Opplæringsprogram sikter mot å gi riktig informasjon om lidelsen og prognose, bedre pasientens evne til å identifisere tegn på tilbakefall og medvirke i behandlingen. Dersom pasientene får utviklet en individuell kriseplan kan dette bidra til at pasientene vet hva de selv kan gjøre ved varselsymptom og når helsetjenesten bør kontaktes (Aarre mfl., 2012, s. 100-104).

Funnene viser at psykoterasi i grupper opplevdes som lærerikt for pasientene, da de fikk snakke med andre som opplevde noe av det samme. Noen mente derimot at det kunne være utfordrende og flaut å åpne seg i slike grupper. Mange ønsket å inkludere familien i noen av timene, slik at de også hadde mulighet til å bedre sin kunnskap og forståelse. I følge Aarre mfl. (2012, s. 100) har både pasient og pårørende behov for god informasjon og veiledning. Noen av familiemedlemmene til pasientene oppfordret dem til å ikke ta medisinen sin. Dette er en konsekvens av mangel på informasjon og kunnskap hos



pårørende (Blixen mfl., 2016, s. 635-644). Opplæringsprogram bidrar til å øke støtten fra pårørende og bedre familiens mulighet til å leve med sykdommen (Aarre, 2012, s. 104). Et av funnene bemerket det som viktig at helsepersonell lyttet til pårørende da de kunne være en viktig ressurs i behandlingen. Pårørende kunne bidra med informasjon om pasienten fra et annet perspektiv og på den måten være en ressurs i behandlingsforløpet.

I følge Aarre mfl. (2012, s. 99) kan behandlingen av bipolar lidelse være utfordrende på grunn av det svingende forløpet. Funnene viser at pasientene hadde nytte av medisiner, men at dette ikke var god nok behandling alene. De hadde også behov for psykoterapi. I funnene kommer det frem at de som deltok i psykoterapi i større grad fortsatte å ta medisinen sin for å holde sykdommen stabil. I følge Aarre mfl. (2012, s. 100-103) vil prognosen være dårligere dersom pasienten ikke mottar medikamentell behandling. Pasientene er avhengige av å ta medisinen sin for å redusere tilbakefall, men de vil sjelden bli fri fra nye episoder. Funnene viser at pasientene ikke bare ville ha medisinen sin, men at de også ville ha noen å snakke med. Dette bekrefter viktigheten av å ikke kun fokusere på det biologiske, men også på det psykologiske. Pasientene har dessuten rett til å medvirke i egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1) og det må legges til rette for pasientenes individuelle behov og ønsker.

### 5.2.3 Faste rutiner og grensesetting

Faste rutiner bidrar til struktur i hverdagen og funnene viser at dette var noe som ble verdsatt av pasientene. Særlig i perioder med depresjon opplevde pasientene rutiner, positive aktiviteter og målsettinger som hjulpsomt for å unngå de store humørendringene. Rutiner som flest bemerket som nyttig var tiltak som gode søvnvaner, jevne og sunne måltider, trening og tid utendørs. Kognitiv atferdsterapi er et psykososialt tiltak som blant annet har fokus på viktigheten av faste rutiner som søvn og måltider. Fokus på struktur i hverdagen er viktig, da forstyrret sosial rytme kan utløse og vedlikeholde sykdomsperioder (Aarre mfl., 2015, s. 104).

Ikke alle pasientene hadde fokus på psykososiale strategier, men utførte likevel aktiviteter som å gå tur for å bedre humøret. Noen hadde også strategier som ikke var like nyttige, blant annet å drikke alkohol for å håndtere vanskelige situasjoner. Grensesetting var et viktig psykososialt tiltak for at pasientene skulle få hjelp til å definere seg selv og for å kunne forstå hva de faktisk opplever. I følge Hummelvoll (2012, s. 240-241) er grensesetting når helsepersonell i holdning og handling, med en terapeutisk hensikt, markerer ytterpunkt for akseptabel atferd som ikke må overskrides. Særlig i maniske perioder opplever pasientene ofte å gjøre ting de ellers ikke ville gjort, som for eksempel å bruke mye penger og ødelegge kontakten med familien. Tiltak som grensesetting kan skåne pasientene fra å utføre slike handlinger. Slike grenser var vanskelige å godta, men tiltak som humor og effektiv motivasjon gjorde det lettere for pasientene. Det er også viktig at pasientene lærer å sette grenser på egenhånd, men at sykepleier kan være en støtte i startfasen. Psykoterapi bidrar til kunnskap og forståelse for hvorfor grensesetting er viktig. Pasientene satte pris på at sykepleierne lyttet og viste forståelse for at de hadde det vanskelig. Så lenge pasientene visste at sykepleierne ville det beste for dem, var det lettere å godta grensene som ble satt.

## *I institusjon*

Funnene viser at pasientene på institusjon verdsatte å ha et dagsprogram fordi det ga mer struktur å ha en tydelig plan for dagen. Det var oversiktlig og trygt å ha et program, og de var dermed forberedt på aktiviteter og hviletider. Aktiviteter på programmet kunne være felles måltid, turer ute sammen med sykepleier og stunder som var satt av til å hvile. Fysisk aktivitet førte til en følelse av kontroll, forebygging av depresjon og en god forutsetning for bedring. Ved maniske faser er det viktig at sykepleierne ikke lar seg rive med, men at de beholder roen og etablerer klare grenser for aktiviteter og samtale tema. Pasientene kan ha evnen til å bryte ned den faglige distansen som er nødvendig. Sykepleierne bør fortsette å være personlige i sin væremåte, men ikke private (Aarre mfl., 2015, s. 105). Uten aktiviteter opplevde pasientene at de hadde mye tid der de ikke hadde noe å gjøre, som bidro til at dagene føltes lange. Dette førte også til at de var mye alene, følte seg etterlatt, noe som resulterte i at enkelte røykte mer (vanLankeren mfl., 2019, s. 6). Aktiviteter som en del av faste rutiner kan være vanskelig å håndtere på egenhånd. Derfor kan sykepleier bidra til å planlegge aktiviteter og sette mål. Miljøterapi kan være praktisk, atferdsorientert og motivere pasienten i gang med lystbetonte aktiviteter. Lidelsen fratrar pasienten mye motivasjon og glede, derfor kan motivering og aktivisering lett bli oppfattet som press. Helsepersonell bør utøve oppmuntringen med følsomhet og innlevelse (Aarre mfl., 2015, s. 93).

## *Medisinering*

De fleste pasienter med bipolar lidelse bør motta medikamentell behandling, men i dag vet vi at medisinering alene ikke er tilstrekkelig (Aarre mfl., 2012, s. 100-103). Gode rutiner med medisinering er faktorer som virker forebyggende for pasienter med bipolar lidelse, men funnene viser at ikke alle tok medisinen sin. Dette var gjerne fordi de følte det var stigmatiserende og at det ble mer synlig at de hadde en alvorlig diagnose. Noen ble også påvirket av pårørende som mente at de ikke hadde noen diagnose, og dermed ikke trengte å ta medisiner (Blixen mfl., 2016, s. 637). Funnene viser at det var mange av pasientene som opplevde at de i gode perioder ikke hadde behov for medisinen, og kom da ut av rutinen med å ta medisinen hver dag. Aarre mfl. (2015, s. 100) hevder at når medisinering opphører vil prognosen være dårligere både på kort og lang sikt. Medisineringsen må også være prøvd i minst seks måneder før man kan ta stilling til effekten av legemidlene og eventuelle bivirkninger. Ut fra funnene og teorien forstår vi at medisinering er en lang og utfordrende prosess med prøving og feiling, noe som kan føre til opp- og nedturer for pasientene. Det kom frem i funnene at medisinering har tydelig effekt, men at når faste rutiner blir brutt og medisinen ikke blir tatt kan det føre til tilbakefall. Sykepleier kan gjennom psykoterapi bidra til at pasienten opparbeider faste rutiner når det gjelder medisinering. Samtidig har pasienten selv ansvar for og mulighet til å påvirke eget liv og egen helse (Håkonsen, 2015, s. 246).

Funnene viser at enkelte av pasientene sluttet å ta medisinen sin fordi de følte at de ikke kunne være på arbeid mens de tok sterke medisiner, da de følte seg "dopet". Pasientene uttrykte at det var viktig for dem å jobbe og at dette var noe som bidro til at de klarte å håndtere lidelsen. Det hjalp dem til å stå opp om morgenen og utføre sine arbeidsoppgaver, være sosial og føle nytteverdi. Håkonsen (2015, s. 243) hevder at

identitet og selvfølelse er knyttet opp mot den sosiale posisjonen vi har, og at arbeidsledighet er en form for sosial "katastrofe" som kan bidra til økt sykkelighet hos mange. Pasientene opplevde dette som en utfordring. De ville gjerne være i arbeid, men de visste også at de burde ta medisinene for å holde sykdommen mest mulig stabil.

## 6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan pasienter med bipolar lidelse erfarer psykososiale tiltak i møte med helsetjenesten og hvordan disse tiltakene har betydning for deres helse. Behandling av bipolar lidelse kan være komplisert på grunn av det svingende forløpet, og tiltakene må være dekkende for både mani og depresjon.

I studiene vi tok for oss var det tre psykososiale faktorer pasienter med bipolar lidelse opplevde som spesielt viktige: relasjoner til helsepersonell og pårørende, kunnskap om lidelsen og faste rutiner og grensesetting. Pasientene uttrykte behov for å ha familie og venner rundt seg som forsto hva de gikk gjennom og som kunne støtte dem i vanskelige perioder. En god relasjon til helsepersonell er grunnleggende for videre behandling. Pasientene opplevde at det kunne være utfordrende å danne gode relasjoner til sykepleierne. Den viktigste egenskapen blant helsepersonell var empati, i tillegg til at de var tilgjengelige og lette å kommunisere med. Kunnskap om lidelsen var et gjennomgående tema, og noe pasientene opplevde som viktig. Det var mange av pasientene som hadde lite kunnskap om lidelsen. Dette førte til at de følte seg overveldet av symptomene og at de mistet kontrollen. Pårørende hadde også nytte av, og behov for opplæring og informasjon. Funnene viste at psykoterapi var et nyttig tiltak for at pasientene kunne danne forståelse for sykdommen. De lærte blant annet å snakke om sykdommen, gjenkjenne symptomer og på den måten redusere tilbakefall. Gjennom psykoterapi lærte pasientene også viktigheten av faste rutiner og grensesetting. Dette bidro til struktur i hverdagen og hjalp pasientene til å unngå å gjøre ting de ellers ikke ville gjort. Det å være i arbeid var både positivt for det sosiale, men også når det kom til å ha faste rutiner i hverdagen, samt å styrke følelsen av å være til nytte.

Sykdom er en individuell opplevelse og studiene viser flere ulike pasienterfaringer. Det kommer derfor ikke frem i oppgaven akkurat hvilke tiltak som erfares som viktigst. Felles for alle er derimot at de har gode erfaringer når det gjelder å fokusere på det psykososiale, i tillegg til medisinerings. Sykepleier kan iverksette psykososiale tiltak tilpasset hver enkelt, men det må da dannes en relasjon for at sykepleier skal kunne bidra til dette. Det er viktig at sykepleier har kunnskap om den enkelte pasientens tanke- og følelsesliv, og ikke bare om selve lidelsen.

### 6.1 Forslag til videre forskning

Gjennom denne litteraturstudien fant vi ut at pasienter med bipolar lidelse har gode erfaringer når det gjelder psykososiale tiltak. Det er likevel lite forskning om hvilke tiltak som har best effekt og det er mye fokus på medisinerings, vi savnet derfor mer forskning på dette området.

## Referanser

Aarre, T. F., Bugge, P. og Juklestad, S. I. (2012) *Psykatri for helsefag*. Fagbokforlaget: Bergen.

Aarre, T. F., Bugge, P. og Juklestad, S. I. (2015) *Psykatri for helsefag*. Fagbokforlaget: Bergen.

Billisborough, 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], 23, 9-14. DOI:

<https://doi.org/10.3109/09638237.2013.815331>

Blixen, C., Perzynski, A. T., Bukach, A., Howland, M. og Sajatovic, M. (2016) Patients' perception of barriers to self-managing bipolar disorder: A qualitative study.

*International Journal of Social Psychiatry* [Internett], 2016, Vol. 62(7), 635-644. DOI:

<https://doi.org/10.1177/0020764016666572>

Chen, R., Xi, Y., Wang, X., Li, Y., He, Y., Lou, J. (2018) Perception of inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder on a group-based Psychoeducation program: a qualitative study. *BMC Psychiatry* [Internett], 18, s. 1.11. DOI:

<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1614-1>

Crowe, M., Inder, M., Carlyle, D., Wilson, L., Whitehead, L., Panckhurst, A., O'Brien A. og Joyce, P. (2011) Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. [Internett], 2012 (4), s. 294-

302. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01786.x>

Crowe, M. og Inder, M. (2018) Staying well with bipolar disorder: A qualitative analysis of five-year follow-up interviews with young people. *J Psychiatric Mental Health Nursing* [Internett], 25, s. 236-244. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12455>

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

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

Håkonsen, K. M. (2015) *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016) Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. og Grimsbø, G. H. red. *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 15-64.

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Sykepleieren og pasienten 2.3. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

NSD (2019) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>> [10.04.19].

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.

Stegink, E. E., van der Voort, T. Y., van der Hoof, T., Kupka R. W., Goossens, P. J., Beekman, A. T. og van Meijel, B. (2015) The Working Alliance Between Patients With Bipolar Disorder and the Nurse: Helpful and Obstructive Elements During a Depressive Episode From the Patients' Perspective. *Archives of Psychiatric Nursing* [Internett], 29, s. 290-296. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.005>

Store medisinske leksikon (2019) *Helsetjenesten* [Internett]. Stavanger: Nylenna, M. og Braut, G. S. Tilgjengelig fra: <<https://sml.snl.no/helsetjenesten>> [30.04.19].

Stubberud, D. G. (2015) Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I: Stubberud, D. G. red. *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 13-37.

Vallarino, M., Rapisarda, F., Scott, J., Vecchi, T., Barbato, A., D'Avanzo, B. (2018) Experiences of Mental Healthcare Reported by Individuals Diagnosed with Bipolar Disorder: An Italian Qualitative Study. *Community Mental Health Journal* [Internett], 55, s. 129-136. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0311-3>

vanLankeren, J. E., Testerink A. E., Daggenvoorde, T. H., Poslawsky I. E. og Goossens P. J. J. (2019) Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to manic episode: A qualitative study. *Perspective in Psychiatric Care* [Internett], 2019, s. 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/ppc.12370>

# Vedlegg

## Litteratormatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Blixen, C., Perzynski, A. T., Bukach, A., Howland, M. og Sajatovic, M. (2016) Patients´ perception of barriers to self-managing bipolar disorder: A quality study. International Journal of Social Psychiatry [Internett], 2016, Vol. 62(7), 635-644. DOI: 10.1177/0020764016666572	Hensikten med studien er å finne ut mer om behandlingen av bipolar lidelse, hvordan medisiner og det psykososiale henger sammen og hvordan pasientene selv håndterer sin lidelse.	Bipolar disorder, barriers, self-management.	<p>Kvalitativ studie der 21 pasienter ble intervjuet hver for seg. I intervjuene ble det fokusert på hva som hindrer pasientene til å ta vare på sin bipolare lidelse. Funnene ble analysert av to forskere hver for seg. Forskerne diskuterte resultatet og kom frem til en felles forståelse og skrev en sammensatt beskrivelse.</p> <p>Studien er godkjent av et lokalt granskingsstyre i USA. Alle deltakerne leverte skiftelig samtykke.</p>	<p>Pasientene beskrev tre hovedtemaer: individuell barriere, barriere med familie og miljø, og barriere med helsetjenesten.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Pasientene isolerer seg da de føler seg annerledes enn andre og dette oppleves som en stor påkjenning. De ville ikke ta medisiner sine de det ble oppfattet som stigmatisering fordi alle fikk vite at de hadde en alvorlig sykdom og fordi de ikke følte at de hadde behov for medisinen. Pasientene opplevde også at de hadde mangel på kunnskap om diagnosen og symptomene.</li><li>2.Pasientene følte manglende støtte fra familien og miljøet. Noen følte at familien unngikk dem på grunn av lidelsen. Sykdommen bidro ofte til misforståelser i relasjoner med andre og mennesker rundt ga ofte feilinformasjon og fikk deltagerne til å tro at de ikke burde ta medisinen sin.</li><li>3.Pasienterne forteller viktigheten av gode relasjoner og at de ikke bare vil ha medisin, men at de vil bli hørt. Deltagerne forteller også om dårlig tilgang til helsehjelp, blant annet at det tar lang tid før de får hjelp.</li></ol>	<p>Vi vil bruke artikkelen til å belyse forholdet mellom medisiner og det psykososiale.</p> <p>Artikkelen har også sitater fra pasientene som fremhever deres erfaringer.</p>



## Litteraturmatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>van Lankeren, J. E., Testerink A. E., Daggenvoorde, T. H., Poslawsky I. E. og Goossens P. J. J. (2019) Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to manic episode: A qualitative study. <i>Perspective in Psychiatric Care</i>. 2019, s. 1-9. DOI: 10.1111/ppc.12370</p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive pasienter med bipolar lidelse sine erfaringer med sykepleien som blir gitt i institusjon i en manisk periode.</p>	<p>Bipolar disorder, hospitalization, mania, nursing care, patient experiences.</p>	<p>Kvalitativ studie som ble gjennomført i tre psykiatriske organisasjoner i Nederland. Inklusjonskriterier: diagnosen bipolar lidelse, over 18 år, kunne lese, snakke og forstå nederlandsk, akutt sykehusinnleggelse for en manisk episode i løpet av det siste året, stabilt humør. 12 pasienter ble intervjuet av forskere. Intervjuene ble analysert av 22 forskere. Deltagerne ble deretter invitert til å bekrefte og godkjenne funnene. Etisk godkjent.</p>	<p>Pasientene beskriver fem hovedtema: institusjonsfunksjoner, tvangsbehandling, egenskaper til sykepleier, aspekter ved innleggelse og opphold, karakterer ved pleieintervensjon.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Pasientene satte pris på sykepleiernes tilstedeværelse, men følte at de ofte oppholdt seg på vaktrommet.</li> <li>2.Syv av tolv ble innlagt ufrivillig. Disse ga blandede tilbakemeldinger. De som fikk intensivbehandling hadde bedre erfaringer, da sykepleier var mer tilstede.</li> <li>3.Det var vanskelig å skille mellom sykepleier og andre pasienter, det er derfor viktig at sykepleier har på navneskilt. Sykepleierne ble beskrevet som lett å nærme seg og generelt tilgjengelige.</li> <li>4.Viktig med informasjon ved innleggelse og i løpet av oppholdet.</li> <li>5.Pasientene verdsatte når sykepleierne forklarte effekt av medisiner, når de satt av tid til pasientene og grensesetting.</li> </ol>	<p>Vi vil bruke artikkelen til å belyse konkrete pasienterfaringer når det gjelder sykepleien som blir gitt til pasienter i manisk fase. Den viser viktigheten av å fokusere på det psykososiale og har direkte sitat fra deltagerne.</p>

### Litteraturliste 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Crowe, M. og Inder, M. (2018) Staying well with bipolar disorder: A qualitative analysis of five-year follow-up interviews with young people. <i>J Psychiatric Mental Health Nursing</i> [Internett], 25, s. 236-244. DOI: 10.1111/jpm.12455</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke effekten av psykoterapi for mennesker med bipolar lidelse og om psykoterapi kan bidra til å oppnå stabilitet over sykdommen.</p>	<p>Bipolar disorder, nursing, psychotherapy, qualitative research, recovery.</p>	<p>Kvalitativ studie der 30 mennesker med bipolar lidelse ble intervjuet angående deres erfaringer fem år etter behandling med psykoterapi. Fire spørsmål ble stilt under intervjuene, og forskerne tolket dataene og identifiserte ulike tema.</p> <p>Etisk godkjenning ble gitt av en regional etikkkomité.</p>	<p>Det var særlig tre faktorer som var viktige for deltagerne: å være bevisste i forhold til sykdommen, forstå sykdommen og holde sykdommen stabil. De synes det var viktig å lære å kjenne seg selv og klare å gjenkjenne symptomene. Gjennom psykoterapi lærte de å snakke om følelsene og forstå lidelsen på en annen måte enn før. Deltagerne fikk en følelse av å lære seg å leve med bipolar lidelse og ikke la sykdommen definere de som person. Viktigheten av å ta vare på seg selv og ha faste rutiner blir også nevnt i studien. Deltagerne var fornøyde med denne metoden og psykoterapi ble vist å være en effektiv behandlingsform for bipolar lidelse.</p>	<p>Vi vil bruke denne artikkelen til å belyse viktigheten av å ha kunnskap om lidelsen. Artikkelen fokuserer på hvordan pasientene kan lære seg å håndtere sin bipolar lidelse gjennom psykoterapi. Artikkelen viser til direkte sitat.</p> <p>Funnene i artikkelen viser til viktigheten av slike tiltak og at de burde bli innarbeidet i sykepleien som blir gitt til pasienter med bipolar lidelse. Psykisk helsevern må legge til rette for at pasientene skal bli bevisste og få forståelse for deres lidelse, og dermed kunne ta vare på seg selv og ha gode rutiner i hverdagen.</p>

Litteratormatrise 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord/ keywords	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Stegink, E. E., van der Voort, T. Y. G., van der Hoof, T., Kupka R. W., Goossens, P. J., Beekman, A. T. og van Meijel, B. (2015) The Working Alliance Between Patients With Bipolar Disorder and the Nurse: Helpful and Obstructive Elements During a Depressive Episode From the Patients' Perspective. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> [Internett], 29, s. 290-296. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.05.005</p>	<p>Hensikten med studien er å få mer innsikt i pasientens erfaring av å danne allianse med deres sykepleier i en depressiv fase, altså effekten av et samarbeidsprogram for pasienter med bipolar lidelse.</p>	<p>Bipolar disorder/psychology, Bipolar disorder/therapy, Cooperative Behavior, Depression/psychology, Empathy, Female, Humans, Interviews as Topic, Male, Psychiatric Nursing, Qualitative Research, Surveys and Questionnaires.</p>	<p>En kvalitativ studie der 14 psykiatriske pasienter ble intervjuet. Pasientene som var inkluderte i studien var i alderen 18-65 år og hadde diagnosen bipolar lidelse. Ekskluderingskriteriene var alvorlig eller svært alvorlig depresjon eller mani, et stabilt sykdomsforløp det siste året, dårlige språkferdigheter, eller ikke i stand til å gi samtykke.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp, skrevet ned ordrett og deretter analysert av forskningsgrupper. I studien blir det inkludert sitater for å klargjøre de teoretiske konseptene. Etisk godkjent.</p>	<p>Pasientene forteller at de vanligste symptomene i en depressiv fase er tap av energi og interesse, tretthet, lav selvtillit, selvstigning og kognitive problemer som vanskeligheter med å tenke klart. Pasientene brukte sykepleier som både "sikkerhetsnett" og som trener under gjenopprettingen.</p> <p>Pasientene opplevde særlig tre faktorer som de viktigste: et trygt og støttende miljø, hjelp til å sortere tanker og følelser, og støtte i å gjennomføre fysiske aktiviteter. For å skape et trygt og godt miljø var det betryggende for pasientene å vite at sykepleier var tilgjengelig og at de ikke var en byrde. Pasientene satte pris på en empatisk sykepleier som de kunne diskutere sine problemer med og en sykepleier som hadde kunnskap om diagnosen i tillegg til å kjenne den enkelte person. Sykepleierne bidro også til å gi større forståelse for sykdommen og gi anerkjennelse av deres kamp. Sykepleiere har en viktig rolle i å aktivere pasientene ved å gjenta viktigheten av å forbli i aktivitet i en depressiv fase.</p>	<p>Vi vil bruke artikkelen til å belyse pasienters erfaringer og hva sykepleier kan bidra med i en depressiv fase. Den har direkte sitat fra pasientene.</p>

Litteraturmatrise 5

Referanse	Studien s hensikt/ mål	Nøkkelord/ keywords	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Vallarino, M., Rapisarda, F., Scott, J., Vecchi, T., Barbato, A., D'Avanzo, B. (2018) Experiences of Mental Healthcare Reported by Individuals Diagnosed with Bipolar Disorder: An Italian Qualitative Study. <i>Community Mental Health Journal</i> [Internett], 55, s. 129-136. DOI: 10.1007/s10597-018-0311-3</p>	<p>Utforske hvilke erfaringer personer med bipolar lidelse har med psykiske helsetjenester i Italia.</p>	<p>Bipolar disorder, qualitative research, mental health care, psychosocial interventions, Italy, users' view.</p>	<p>Kvalitative intervju med ni personer med bipolar lidelse. Intervjuene fant sted på et senter for psykisk helse. Intervjuene varte i ca. 1 time og startet med åpne spørsmål: hvordan var første møte med privat eller offentlig helsetjeneste? Personene fikk frihet til å snakke om det de selv synes var relevant. Intervjuene bestod av fire hovedtemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personenes forhold til helsetjenesten.</li> <li>- Hvordan lidelsen påvirket livet deres og deres familiemedlemmer.</li> <li>- Psykososiale faktorer som påvirker bedringsprosesser.</li> <li>- Ønsker og forslag for å forbedre helsetjenesten til hver enkelt med bipolar lidelse.</li> </ul> <p>Studien er etisk godkjent.</p>	<p>Å få tildelt diagnosen ga miksede følelser. De følte seg både sjokkert og lettet på en gang. Fem av personene belyste viktigheten av å involvere familiemedlemmer i maniske og depressive perioder. Flere ønsket mer informasjon om lidelsen, da de ikke hadde kunnskap om den fra før. Fagord og uttrykk var vanskelig å forstå, og de ønsket en forklaring de kunne forstå. Syv av personene hadde fått tildelt andre diagnoser tidligere. Dette hadde ført til stress og uønskede behandlinger. Noen fortalte at de hadde liten tilgang på psykososiale tiltak i helsetjenesten. De ønsket mer tid til å diskutere lidelsen, i stedet for å få medisin og bli sendt hjem. Fire av personene hadde benyttet seg av en psykoutdannings gruppe som fokuserte på generell informasjon og å dele erfaringer. Dette førte til mindre isolasjon og ensomhet. Sju av personene hadde fulltids- eller deltidsjobb. Jobben fungerte som en beskyttende faktor som ga rutiner og ga en god selvfølelse. Støttende relasjon var nødvendig for å kunne stole på helsepersonell. De burde skape en atmosfære hvor man kunne føle seg fri til å diskutere alle aspekter ved lidelsen. Sju av personene hadde en historie med stressende innleggelse i sykehus. 24-timers krisehjelp skulle vært et tiltak for å unngå sykehusinnleggelse.</p>	<p>Vi vil bruke artikkelen til å belyse erfaringer og meninger fra personer med bipolar lidelse. Flere av resultatene er nyttige for å legge vekt på tiltak og faktorer som bør tas hensyn til. Det nevnes flere psykososiale tiltak de erfarer som nyttig.</p>

Litteraturmatrise 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Crowe, M., Inder, M., Carlyle, D., Wilson, L., Whitehead, L., Panckhurst, A., O'Brien A. og Joyce, P. (2011) Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i>. [Internett], 2012 (4), s. 294-302. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01786.x</p>	<p>Undersøke hvordan sykdommen påvirker livet til de som er diagnostisert med bipolar lidelse.</p>	<p>Depression, long term care, mental health, qualitative methodology.</p>	<p>Kvalitativ studie. 21 pasienter med bipolar lidelse ble intervjuet. Hver av pasientene fikk 21 timer med støttende psykoterapi. En annen gruppe pasienter fungerte som kontrollgruppe og mottok kun vanlig kommunal helsehjelp. Eksklusjonskriterier: alkohol/narkotikamisbruk. Studien er vurdert av en etisk komite.</p>	<p>Pasientenes opplevelser av ulike stadier kommer frem gjennom intervjuer. Vanskelig å håndtere symptomene i de skiftende stemningsleiene. Noen valgte å ikke fortelle om lidelsen da de følte at de ble oppfattet som gal. Lidelsen har ført til betydelig endring i livene deres, de følte at de mistet kontroll. Psykiatrisk sykepleier kan hjelpe pasientene med å oppnå selvkontroll ved å utforske hva symptomene og stigma betyr for den enkelte pasient. I tillegg implementere strategier for å håndtere symptomene ved å inkludere sosialt stigma og aktiv pasientinvolvering i behandlingen. Denne tilnærmingen er identifisert som grunnleggende i behandling av bipolar lidelse.</p>	<p>Vi vil bruke artikkelen til å belyse pasientenes opplevelser og erfaringer, samt hvordan sykepleier kan gi god helsehjelp.</p> <p>Artikkelen fokusere på hvordan pasientene kan få hjelp til å opparbeide kunnskap om egen lidelse og symptomer. Den viser til hvordan sykepleier kan bygge opp under positive følelser og styrke selvtillit.</p>

Litteraturmatrise 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Billisborough, J., Mailey, P., Hicks, A., Sayers, R., Smith, R., Clewett, N., Griffiths, C 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>, 23, 9-14. DOI: 10.3109/09638237.2013.815331</p>	<p>Undersøke hvilke tiltak og behandling personer med bipolar lidelse opplever som virkningsfullt og viktig gjennom manisk og depressiv fase.</p>	<p>Bipolar Disorder, Psychosocial Factors, Empowerment, Support, Psychosocial Needs Assessment</p>	<p>Utvalg: Fem forskere intervjuet 16 personer med diagnosen bipolar lidelse og 11 støttespillere/involverte pårørende.</p> <p>Datainnsamling: Intervjuene ble utført i trygge omgivelser med støttepersonell tilgjengelig. Intervjuene varte i ca. en time og ble spilt inn på båndopptaker.</p> <p>Analyse: Intervjuerne brukte sin egen erfaring og bakgrunnskunnskap til å få innsikt i intervjumaterialet og dele det inn i kategorier, der de videre kunne analysere mønster og unntak i datainnsamlingen.</p> <p>Deltagerne har signert samtykke.</p>	<p>At sykepleier lytter aktivt og er engasjert, både i manisk og depressiv fase. Tilrettelegging av empowerment, rutiner, sette seg mål i depressive perioder. Unngå stress og stimuli i maniske perioder. Tidlig handling, viktig med støtte når de nådde krisepunktet.</p> <p>Helsepersonell må stole på pårørende når de mener hjelp er nødvendig. I akutte episoder var medisinerer nyttig. Psykoterapi hadde god effekt, men få fikk støtte til dette når de trengte det.</p>	<p>Vi vil bruke artikkelen til å belyse tiltak og behandlingsmetoder som har vært nyttig og virkningsfullt i manisk og depressiv fase. Artikkelen viser også hvilke psykososiale tiltak pasientene opplever som effektive. Flere av resultatene er konkrete og en nyttig pekepinn for helsepersonell.</p>

Litteratormatrise 8

Referanse	Studiens henstikt/mål	Nøkkelord/keywords	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Chen, R., Xi, Y., Wang, X., Li, Y., He, Y., Lou, J. (2018) Perception of inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder on a group-based Psychoeducation program: a qualitative study. <i>BMC Psychiatry</i> [Internett], 18, s. 1-11. DOI: 10.1186/s12888-018-1614-1</p>	<p>Utforske pasientenes perspektiv på psykoutdanning s- programmet og deres forslag til å forbedre gruppe-psykoutdanning i framtiden.</p>	<p>Bipolar disorder, psychiatric inpatients, group-psychoeducation, qualitative, cultural adaptations.</p>	<p>Dybdeintervju med 15 deltagere diagnostisert med bipolar lidelse som hadde gjennomgått 8 økter med gruppe-psykoutdanning over to uker. Øktene varte i 40-60 minutter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Økt en: deltagerne introdusert for lidelsen.</li> <li>- Økt to: definerte mani, hypomani, depresjon mikset stadium og psykotiske symptomer.</li> <li>- Økt tre: biologisk rytme og manisk/depressiv episode.</li> <li>- Økt fire: farmakologisk behandling og ulike typer medisiner.</li> <li>- Økt fem: medisinsamstemming og ECT behandling.</li> <li>- Økt seks: håndtering av stress og strategier for problemhåndtering</li> <li>- Økt sju: fange opp symptomer på tilbakefall tidlig og hvordan søke hjelp.</li> <li>- Økt åtte: Hvordan etablere en plan for å håndtere lidelsen.</li> </ul> <p>Studien er etisk godkjent.</p>	<p>De som gjennomførte programmet gjorde det fordi de ønsket å få mer kunnskap om lidelsen. De synes at det var positivt når øktene ikke var lenger enn 40 minutter da de ofte slet med søvnmangel grunnet lidelsen. De fleste likte best å være i gruppe i isteden for individuell økt, da de følte samhold og støtte. I gruppe kunne de dele erfaringer og lære av hverandre. Noen følte derimot at det var vanskelig og ukomfortabelt å åpne seg opp i en gruppe med flere mennesker. De følte at å lære i grupper og gjennom diskusjon var bedre enn at en lærer foreleste. Et par av deltagerne følte at forelesninger var bedre enn gruppediskusjon da noen av deltagerne dominerte. Flere ville at familiemedlemmer skulle bli med på noen av øktene da det kunne bidra til at de fikk mer kunnskap. Det kunne få dem til å forstå at flere av utfordringene skyldtes lidelsen og ikke personligheten. Deltagerne synes programmet ga økt kunnskap om sykdommen, de lærte strategier for å håndtere stress og holde en balansert hverdag, økt selvfølelse og selvtillit, lærte å fange opp signaler og be om hjelp, de utviklet nye og støttende vennskap med deltagerne.</p>	<p>Vi vil bruke artikkelen til å belyse psykososiale tiltak som kan anvendes hos personer med bipolar lidelse og hvilken nytte deltagerne hadde. Det er flere sitat fra deltagerne der de forklarer hva og hvorfor det har hjulpet dem.</p>

## Søkehistorikk – tabell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Bipolar disorder AND patient AND nursing care AND recovery	09.04.19	PubMed	16	7	5	4 (Crowe og Inder, Crowe mfl., vanLankeren mfl. og Stegink mfl.)
Bipolar disorder AND psychoeducation AND patients	09.04.19	PsycINFO	15	4	2	1 (Chen mfl.)
Bipolar disorder AND psychotherapy AND psychiatric patients	09.04.19	Cinahl	16	8	5	1 (Blixen mfl.)
*Manuelle søk	09.04.19					2 (Billisborough mfl., Vallarino mfl.)



