

BACHELOROPPGAVE

“Når hverdagen er en berg- og dalbane” - om hvordan det er å være pårørende til pasienter med bipolar lidelse

"When everyday is a roller coaster" - about what it's like to be relatives of patients with bipolar disorder

Tina Nesibe Denkdüven & Kamilla Rønnestad

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie i Førde

Veileder: Mona Hamnes Christiansen

Innleveringsdato: 30.11.18

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Temaet i oppgaven omhandler pårørende til mennesker med bipolar lidelse. I følge verdens helseorganisasjon er denne sykdommen høyt oppe på listen over sykdommer som kan føre til uførhet blant de som er rammet. Gjennom praksis i psykiatri har vi begge to sett hvordan denne sykdommen kan påvirke pasienten og familien. I denne oppgaven ønsker vi å belyse utfordringene denne gruppen pårørende har og hvordan vi som sykepleiere kan møte deres behov. Dette gav oss problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleier støtte pårørende til pasienter med bipolar lidelse?*». Oppgaven vår er bygget på litteraturstudie som metode. Ved hjelp av systematiske søk i ulike databaser, fant vi den anvendte forskningen. For å svare på problemstillingen har vi drøftet seks forskningsartikler, sammen med faglitteratur og egne erfaringer fra praksis. Hovedfunnet var at pårørende hadde behov for mer støtte og inkludering fra helsepersonell. Videre viste resultatene til at pårørende opplevde seg ensomme og alene med utfordringene som partnerens sykdom medførte. I tillegg til å måtte håndtere den psykiske lidelsen, opplevde både pasient og pårørende stigmatisering, som førte til sosiale utfordringer. Det er mange måter sykepleier kan gå fram for å møte den enkeltes behov, men det de pårørende belyste som viktigst var tilstrekkelig støtte og informasjon.

Nøkkelord: Bipolar lidelse, partner, relasjon, støtte og stigmatisering.

Abstract

The topic of the assignment concerns relatives of people with bipolar disorder. According to the World Health Organization, this disease is high on the list of diseases that can lead to disability among those affected. Through practice in psychiatry, we have both seen how this disease can affect the patient and the family. In this assignment we want to clarify the challenges this group of relatives has and how we as nurses can meet their needs. This gave us the research question: *"How can nurses support relatives of patients with bipolar disorder?"*. Our assignment is based on literature study as a method. Using systematic searches in various databases, we found the research applied. In order to answer the research question, we have discussed six research articles, together with scientific literature and own experiences from practice. The main finding was that relatives needed more support and inclusion from health professionals. Furthermore, the results showed that relatives experienced loneliness and felt alone with the challenges that the partner's disease led to. In addition to dealing with the mental disorder, both patient and relatives experienced stigmatization, which led to social challenges. There are many ways nurses can go forward to meet the needs of the individual, but what their relatives highlighted as most important was adequate support and information.

Keywords: Bipolar disorder, partner, relation, support and stigmatization.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Valg og begrunnelse av tema	1
1.2 Problemstilling med avgrensning	2
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Oppgavens videre oppbygning	2
2. Metode	3
2.1 Hva er metode?	3
2.2 Hva innebærer en litteraturstudie	3
2.3 Litteratursøk	3
2.3.1 Hvordan vi fant søkeordene	3
2.3.2 Gjennomføring av litteratursøk.....	4
2.4 Kildekritikk	5
3. Teori.....	6
3.1 Bipolar lidelse	6
3.2 Familiens rolle	7
3.2.1 Familien som et system.....	7
3.2.2 Familiesamarbeid	7
3.3 Etikk, lovverk og samtykkekompetanse	8
3.4 Relasjonskompetanse og kommunikasjon	8
3.5 Sykepleieteori	9
3.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon	11
3.7 Mestring.....	11
3.8 Stigmatisering.....	11
4. Presentasjon av innhold i forskningsartikler	12
5. Drøfting.....	16
5.1 Sykepleierens ansvar i møte med pårørende.....	16
5.2 Sykdommens innvirkning på kvalitet av omsorg.....	19
5.3 Å vise interesse for familiens samlede utfordringer.....	22
5.3.1 Sykdommens preg på stigmatisering.....	24
5.4 Veien videre – kontinuitet og oppfølging.....	26
6. Konklusjon.....	28
Litteraturliste	29

1. Innledning

1.1 Valg og begrunnelse av tema

Temaet denne oppgaven handler om er bipolar lidelse sett i et familieperspektiv. Denne lidelsen rammer mennesker fra alle samfunnslag, og det blir sagt at mellom 0,5-1% av Norges befolkning har bipolar type en, og 1,5-2,5% har bipolar type to. I følge Helsedirektoratet kan bipolar lidelse gi svært alvorlige konsekvenser for livskvaliteten og funksjonsevnen til pasienten. Denne sykdommen er forbundet med overdødelighet, som kan begrunnes i at pasientene har økt fare for tilleggs lidelser, ulykker og selvmord (Helsedirektoratet, 2012). En del av en effektiv behandling er blant annet grundig opplysning om alle sider av sykdommen til pasient og pårørende (Legemiddelhåndboka, 2017).

Verdens helseorganisasjon kom i 2001 ut med en rapport, som viser at denne sykdommen er nummer fem blant sykdommene som forårsaker uførhet blant unge mennesker i verden. Undersøkelser viser at bipolar lidelse indirekte påvirker samfunnet økonomisk, samtidig som sykdommen kan redusere livskvalitet og føre til økt grad av uførhet, og i ytterste fall føre til en tidlig død. Jevnt over blir det vist til at det er de indirekte kostnadene som tynger mest. Dette er kostnader knyttet til tapt produksjonsevne i arbeidslivet, utgifter i kriminalomsorgen, og sosiale utgifter (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012, ss. 57-58).

Gjennom praksis i psykiatri har vi møtt mennesker med bipolar lidelse, som vi i ettertid er blitt klar over at vi ønsker å lære mer om. Dette er noe som har styrt vårt valg av tema for oppgaven. Snart er vi ferdig utdannet sykepleiere og vil i fremtiden kunne møte pasienter som lider av bipolar lidelse, og deres pårørende. Vi erfarte at i møte med pårørende var det mange av dem som hadde lite eller ingen kunnskap om sykdommen og at behovet for informasjon ofte er stort. En felles opplevelse etter dette, var at vi skulle ønske at vi møtte flere pårørende og at vi kunne møtt de på den måten hver enkelt av dem trengte. Ved hjelp av denne oppgaven håper vi på å få en større helhetsforståelse av hvordan situasjonen er for de pårørende. Dette kan igjen gi oss bedre handlingsberedskap når vi i vår fremtid står i liknende situasjoner. Lovverket vil ha en sentral rolle i forhold til både oss som sykepleiere og de pårørende som brukergruppe.

1.2 Problemstilling med avgrensning

«Hvordan kan sykepleier støtte pårørende til pasienter med bipolar lidelse?»

Vi har valgt å avgrense problemstillingen til å omhandle kvinnelige pårørende som partner eller ektefelle. Arena for sykepleie er avgrenset til innleggelse ved institusjon. Dette valget er gjort fordi det er her vi har størst gjenkjennerverdi. På bakgrunn av funn fra forskning, avgrenser vi oppgaven til bipolar lidelse type en. Ut i fra informanter i forskningen som er anvendt avgrenses alder til 40-60 år.

1.3 Begrepsavklaring

Sykepleie – Sykepleie er en mellommenneskelig prosess mellom den profesjonelle sykepleiepraktikeren og et individ, en familie eller et samfunn. Målet i denne prosessen er å bidra til å forebygge eller mestre erfaringer med lidelse og sykdom, og finne mening i erfaringene som disse kan medføre (Travelbee, 2005, s. 29).

Pårørende – Den som pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Nærmeste pårørende er den som har rett til å motta informasjon og klage på vedtak som omhandler pasienten. Så lenge pasienten er i stand til å oppgi nærmeste pårørende selv, skal dette gjøres. Dersom dette ikke er tilfellet skal den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten være nærmeste pårørende. Det skal tas utgangspunkt i en rekkefølge hvor ektefelle og partner blir prioritert først til denne rollen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3).

Bipolar lidelse – En psykisk tilbakefallslidelse som er kjennetegnet ved en eller flere utpregede episoder i stemningsleiet. Dette kan være ekspansivt, hevet, irritert stemningsleie eller overaktivitet. Intensiteten og lengden på de oppstemte episodene kan variere. En eller flere episoder med klinisk depresjon, er også noe de aller fleste vil oppleve (Helsedirektoratet, 2012, s. 25).

1.4 Oppgavens videre oppbygning

Etter innledningen overfor, vil en presentasjon av metodedelen komme. Deretter belyses sentral teori, som vi mener er relevant for vårt valg av tema. Videre presenteres funn fra forskning, hvor seks artikler beskrives. I drøftingsdelen tar vi i bruk forskningsartikler, teori og egne erfaringer fra praksis, for å besvare vår problemstilling. Til slutt oppsummeres oppgaven med relevante funn til problemstillingen, i en konklusjonsdel.

2. Metode

2.1 Hva er metode?

Når en skal fremskaffe eller forske på kunnskap er metode hjelpemidlet en tar i bruk. Metoden sier oss noe om på hvilken måte vi bør gå til verks for å etterprøve eller fremskaffe kunnskap. Når en skal velge en bestemt metode, er det vesentlig at akkurat denne egner seg best til å belyse problemstillingen som er valgt. Denne er til hjelp for å samle inn data, som er det en trenger for å gjennomføre undersøkelsen. Kvalitative og kvantitative metoder gir på hver sin måte en større forståelse overfor samfunnet en lever i. Kvantitative forskningsmetoder gir oss data ved hjelp av målbare enheter. Dette vil si at tallene en får kan gi oss muligheten til å utføre regneoperasjoner. På den andre siden har en kvalitativ metode, som tar sikte på å hente ut meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles. Oppgaven vår er basert på ulik forskning med størst tyngde på kvalitativ forskning, men også kvantitativ forskning (Dalland, 2017, ss. 51-52).

2.2 Hva innebærer en litteraturstudie?

For å få oversikt over aktuell kunnskap, faglige perspektiv og teori på et problemfelt, er det viktig med en gjennomgang av tilgjengelig faglitteratur. Dette vil for eksempel i vår bacheloroppgave, hjelpe oss i å gi et grunnlag for å svare på problemstillingen (Befring, 2016, ss. 85-86). Denne oppgaven bygger på litteraturstudie som metode. Litteraturstudier handler om å systematisere kunnskap og på denne måten samle inn litteratur og kritisk vurdere denne. Målet med litteraturstudien er å gi leseren oppdatert og god forståelse av området en skriver om og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2017, ss. 79-80). I hovedsak vil materialet vi bruker bestå av fagbøker, tidsskriftsartikler og annen publisert forskning om temaet (Befring, 2016, ss. 85-86).

2.3 Litteratursøk

2.3.1 Hvordan søkeordene ble funnet

For å finne fram til søkeordene vi ville bruke, samarbeidet vi om å finne norske ord som var relevante. Søkeordene som ble valgt ble oversatt til engelsk ved hjelp av ordbøker. Disse blir beskrevet lenger nede i teksten, på engelsk. Noen eksempler er "family" og "bipolar disorder". Deretter prøvde vi oss fram på de forskjellige databasene, med de forskjellige søkeordene, og fant til slutt artikler som vi fant relevant for vår problemstilling.

2.3.2 Gjennomføring av litteratursøk

Det ble gjennomført systematiske litteratursøk i databasen Academic Search Elite, hvor Cinahl og Medline ble inkludert. I det første søket ble disse søkeordene brukt: “relatives or family, bipolar disorder or manic depression, support or encouragement og quality of life”. Søkeordene ble kombinert og dette gav 43 treff. Vi avgrenset søket til årstallene 2012-2018, brukte engelsk som språk og valgte “scholarly”. Dette gav 23 søkeresultat. Syv av artiklene hadde overskrifter som gjorde dem interessante og derfor ble abstraktene lest. Artikkel nummer 15 “Stigma and bipolar disorder” ble brukt i oppgaven.

Det andre søket ble gjennomført i samme database, men med forskjellige søkeord. Søkeordene var: “relatives or family, bipolar disorder, support og encouragement”. Disse tre ble sammenslått og vi fikk 637 treff. Etter at årstall var revidert til 2012-2018 og engelsk ble valgt fikk vi 319 resultat. Likevel ble dette for mange artikler å gå gjennom. Derfor valgte vi å legge til et nytt søkeord “nursing”, som gav 25 treff. Vi leste alle overskriftene og fant fire som var relevante. Etter å ha lest abstraktene valgte vi nummer seks “ Trapped like a butterfly in a spiders web: experiences of female spousal caregivers in the care of husbands with severe mental illness».

Søk nummer tre ble gjennomført i databasen “Swemedplus”. Søkeordene vi brukte var “bipolar disorder” som gav 196 treff, og “family” som gav 8094 treff. En kombinasjon av disse to ordene gav et utvalg på 12 artikler. Etter å ha gått gjennom alle abstraktene, valgte vi å lese to av artiklene. Nummer syv “The experience of caring in relatives to patients with serious mental illness: gender differences, health and functioning”, og nummer åtte “The experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time”. Disse to artiklene ble brukt i oppgaven.

Ved hjelp søkemonitoren “Oria” gjennomførte vi vårt fjerde søk. Søkeordene “pårørende til psykisk syke” gav oss 206 treff, der artikkel nummer tre “vanskelig å hjelpe pårørende til psykisk syke” ble av interesse. Etter å ha lest abstraktet til denne artikkelen fant vi ut at den var relevant for vår oppgave. Derfor ble ikke søket avgrenset ytterligere. Vi fulgte linken til den engelske versjonen av artikkelen via “Sykepleien.no” og fikk lest artikkelen og den ble brukt i oppgaven.

Et femte søk ble gjennomført via databasen Academic Search Elite, med Cinahl og Medline inkludert. Dette ble gjort for å se om det fantes flere relevante studier som kunne bekrefte funnene i de andre studiene. Vi brukte søkeordene «intervention», «support», «bipolar disorder» og «relatives OR family». Disse søkeordene ble kombinert med AND og gav 122 treff. Vi avgrenset søket fra 2010-2018

og valgte «Scholarly Journal», dette førte til 97 treff. Disse treffene var et for stort utvalg for oss og dermed la vi til et nytt søkeord «nursing». Utvalget ble da redusert til 12 treff og alle abstrakt ble lest. «Experience of living with a family member with bipolar disorder» ble lest og valgt til bruk.

2.4 Kildekritikk

Vi vil gjøre rede for litteraturen vi har benyttet i oppgaven gjennom kritisk vurdering av kilder. Under litteratursøket har vi benyttet oss av databaser gjennom høyskolen, som vi som studenter har tilgang til. På dette grunnlaget tenker vi at databasene er sikre og pålitelige kilder. Tidsskriftene vi har hentet artikler fra, er Journal of Clinical Nursing, International Journal of Mental Health nursing, Sage Publications, Scandinavian Journal Caring Science, og journal of Affective Disorders. Studiene vi har valgt å bruke i vår litteraturstudie inngår i IMRAD kriteriene. Dette betyr at artiklene skal inneholde en introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2016, s. 69). De fleste artiklene vi brukte hadde også en egen konklusjonsdel, hvor implikasjoner for praksis og videre forskning belyses. For å vurdere de vitenskapelige artiklene kritisk har vi tatt i bruk sjekklister som passer det studiedesignet som er brukt i dem (Nortvedt et al., 2016, s. 69). Alle artiklene var tilgjengelige i fri fulltekst. Vi har også valgt å ta med en artikkel som omhandler mennesker i Iran, men vi mener den har en viss relevans for vår oppgave, da samfunnet i vår tid er beriket med mange forskjellige kulturer. Vi vil ikke legge hovedfokuset vårt på denne artikkelen, men få fram viktigheten av at sykepleier viser respekt for andre kulturer, i sin yrkesutøvelse. Funnene vi fant er relevant for å belyse om pårørende føler seg godt nok ivaretatt og støttet av helsepersonell. De fleste av artiklene viser dessverre til at mange føler de mister seg selv i omsorgsrollen, og at de skulle ønske at helsepersonell inkluderte dem mer i behandlingen til pasienten.

Vi har benyttet oss av både primærkilder og sekundærkilder. Sykepleieteoretikeren vi har valgt å bruke er Joyce Travelbee, og i den anledning har vi brukt hennes bok "Interpersonal Aspects in Nursing", som er oversatt til norsk "Mellommenneskelige forhold i sykepleie" ved Kari Marie Thorbjørnsen. Ulempen med oversatte bøker er at innhold kan bli oversatt og misforstått. Enkelte av pensumbøkene referer til begrepet pasient i mange sammenhenger. I oppgaven har vi valgt å anvende begrepet pårørende i de kontekstene hvor vi føler at dette kan gjelde for dem også.

3. Teori

3.1 Bipolar lidelse

Tilstander hvor det foreligger både depressive og maniske episoder kalles **bipolar I lidelse**. Enkelte pasienter opplever aldri en fullt utviklet manisk tilstand. I stedetfor veksles det mellom perioder med depresjon og perioder med hypomani. Dette er en mer moderat oppstemthet og involverer mye energi og arbeidslyst. Denne tilstanden kalles for **bipolar II lidelse** (Skårderud et al., 2016, ss. 341-342). Typisk for pasienter som har bipolar lidelse, er at de gjennomgår depresjon, mani, hypomani eller blandede episoder. De kan også ha helt symptomfrie episoder, eller perioder med få symptom. Mellom de ulike fasene kan pasienter ha kortere eller lengre perioder med normalt stemningsleie (Skårderud et al., 2016, s. 340).

Stemningsleiet ved **mani** kan være svært intenst og ha sterk påvirkning på funksjonsevnen. Pasienten kan bli pratsom, oppstemt, irriterbar, hektisk, og ha et økt aktivitetsnivå. Nedsatt dømmekraft kan påvirke atferden, som kan bli farlig og kritikkløs. Psykotiske symptom i form av vrangforestillinger kan forekomme (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). En **hypomanisk** tilstand er mye preget av de samme symptomene som ved en mani, men de er mindre uttalt, og påvirker ikke funksjonsevnen i like stor grad. Psykotiske symptomer forekommer aldri, men atferden kan fortsatt bli uforsiktig og uansvarlig. De fleste pasientene vil medgi at de er mer aktive enn vanlig, men ikke oppstemte (Helsedirektoratet, 2012, s. 25).

Ved bipolare **depresjoner** er ofte følelsen av å være deprimert, mindre uttalt. Mange av pasientene føler en mer uttalt og smertefull opplevelse av å ikke reagere følelsesmessig, og at de ikke opplever seg selv som deprimerte. Lite energi, tristhet, motløshet og mindre glede og interesse av slikt pasienten var opptatt av før, er også vanlig. Forstyrret søvn og angst kan forekomme, og hos noen kan angsten være så dominerende i det kliniske bildet, at den blir feildiagnostisert som en angstlidelse. Mange kan få skyldfølelse, døds- og selvmordstanker. «Somatisk syndrom» kjennetegner ofte bipolare depresjoner. Dette viser seg ved at pasienten mangler interesse og glede, har få følelsesmessige reaksjoner på omverdenen, tap av matlyst, våkner tidlig om morgenen, tap av vekt og seksuallyst, og har psykomotorisk agitasjon eller retardasjon (Helsedirektoratet, 2012, s. 26).

3.2 Familiens rolle

3.2.1 Familien som et system

Familiefokusert sykepleie handler om å se på familien som et system. Denne vil bestå av forskjellige individer, som gjensidig påvirker hverandre. Disse individene er knyttet sammen ved hjelp av sterke følelsesmessige bånd, en følelse av tilhørighet og en trang til involvering i hverandres liv. I systemteoretisk tenkning ser en på familiens behov som en drivkraft, der alle skal ha mulighet til å belyse eget perspektiv. Holdningene en har vil være med å styre måten en oppfatter sykdom på. Noen holdninger kan være til hinder for å tro på nye muligheter, mens andre kan være gunstige i bedringsprosessen. Å hjelpe familien til å se mulighetene, er det familiefokusert sykepleie dreier seg om (Kjeldsen, 2018).

3.2.2 Familiesamarbeid

Et aktivt behandlingsmiljø som kan gi grunnlag for personlig vekst og utvikling, er avhengig av å ha åpne linjer ut til samfunnet, familie og øvrige nettverk (Hummelvoll, 2016, ss. 465-466). Gruppeaktiviteter, samværsformer og miljø, kan gi en opplevelse av fellesskap, stimulering av sosiale ferdigheter, sosial støtte, og trening i problemmestring. Målet er å kunne utnytte disse erfaringene i dagliglivet utenfor behandlingssituasjonen. Viktige helsefremmende faktorer er vennskap og forankring i et aksepterende miljø (Hummelvoll, 2016, s. 47). Å gå inn i en aktiv samhandling med pasienten og familien, er noe sykepleier må prioritere for å bedre helsetilstanden til pasienten (Hummelvoll, 2016, s. 467). Expressed emotion handler om hvordan det følelsesmessige klimaet i familien er. Hvordan dette klimaet er, kan ha stor betydning for blant annet risikoen for tilbakefall hos den syke. Et negativt følelsesmessig klima kan bli skapt dersom familien har en sterk kritisk holdning til den syke, på grunn av for eksempel mangel på kunnskap og forståelse (Hummelvoll, 2016, s. 242).

3.3 Etikk, lovverk og samtykkekompetanse

Etikk handler om verdier og holdninger, varhet og respekt, evne til å lytte, tie og se. Lovverket regulerer noe av dette, men for å oppnå moralsk handling er det også viktig med etisk refleksjon (Brinchmann, 2016, ss. 18-19). Som sykepleier har man en egen profesjonsetikk, også kalt yrkesetiske retningslinjer. Disse beskriver hvordan sykepleier skal forholde seg til blant annet både pasienten og pårørende. I følge disse retningslinjene skal sykepleier samhandle med pårørende, og opplysningene deres skal behandles med fortrolighet. Det blir også informert om at ved en eventuell interessekonflikt mellom pasient og pårørende, skal sykepleier prioritere pasientens hensyn (NSF, 2016).

Når det er snakk om behandling til pasienter med psykiske lidelser, blir loven om psykisk helsevern sentral. Formålet med denne er å sikre at tiltakene for å etablere og gjennomføre psykisk helsevern skjer i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipp, og på en forsvarlig måte. Pasientens behov og respekt for menneskeverdet skal ligge til grunn for tiltakene (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1). Tiltak som kan gjelde er for eksempel vedtak om tvungent psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-3).

En annen lov som er sentral er pasient- og brukerrettighetsloven, som forklarer nærmeste pårørendes rett til informasjon. Den sier at pasientens nærmeste pårørende har rett på informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelpen som ytes. Dette gjelder så lenge pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3).

3.4 Relasjonskompetanse og kommunikasjon

Relasjonskompetanse er en viktig del av yrkeskompetansen. Dette handler om å kunne forstå og samhandle med andre mennesker, på en respektfull og hensiktsmessig måte. For å kunne forstå og forholde oss til barrierene som oppstår i kommunikasjon med andre, har vi bruk for relasjonskompetanse. I samhandling med pårørende er det viktig at sykepleier snakker med pårørende på en måte som gir mening og forståelse (Røkenes & Hanssen, 2015, ss. 9-10). Mening skjer ved hjelp av dialog mellom mennesker som er i forhandling sammen. Formidlingen som gis har både en innholdsmessig del og en relasjonell del. Det innholdsmessige budskapet handler om hva som faktisk blir sagt med ord, mens den relasjonelle delen omhandler på hvilken måte det blir formidlet. Fokuset her er hvordan mottakeren oppfatter budskapet som gis (Hummelvoll, 2016, ss. 420-421).

Kommunikasjon er et begrep som blir brukt i en rekke sammenhenger, blant annet samtaler ansikt til ansikt. Kommunikasjonen mellom to eller flere personer kan omtales som utveksling av verbale og non-verbale tegn. Personorientert kommunikasjon handler om at en har et åpent og anerkjennende sinn. Sykepleier må vise at hun er tilstede og lytter til hva som blir sagt og hva som non-verbalt kommer til uttrykk (Eide & Eide, 2017, s. 17).

Fire-perspektivmodellen er grunnleggende i samhandling og kommunikasjon. Samhandling og kommunikasjon skjer i ulike situasjoner. Hva som skjer i samhandlingsprosessen avhenger av hvilken kontekst den skjer i. Hvordan personer opplever det som skjer rundt oss, er forskjellig fra en til en annen. Som personer oppfatter vi verden ut ifra vår virkelighetsforståelse, som kalles egenperspektivet. I samhandling med andre mennesker vil det fremkomme en forståelse, som er av betydning for hvordan en tolker andres atferd. Når en møter andre som pårørende er det viktig at sykepleier kjenner seg selv. Dette vil si at en kan reflektere over hva egne erfaringer, kulturbakgrunn, menneskesyn, verdisyn og personlighet, betyr. Andreperspektivet handler om at en må forholde seg til andres opplevelse av verden. Denne forståelsen er viktig i samhandling med pårørende. Som sykepleier møter en mange forskjellige mennesker med ulik personlighet, alder, kjønn og kultur. Andres perspektiv i samhandlingen må bli ivare tatt på en tilfredsstillende måte (Røkenes & Hanssen, 2015, ss. 39-41).

3.5 Sykepleieteori

Travelbee's sykepleieteori vektlegger mellommenneskelige relasjoner. Hun sier blant annet at handlingene ikke skal være et mål, men et middel for å hjelpe andre mennesker. I en sykepleierkontekst er et menneske-til-menneske forhold målet for å hjelpe pasient eller andre med å mestre sykdom og å finne mening i den enkeltes erfaringer. Dette forholdet kan bygges opp i forskjellig tempo, fordi alle mennesker er ulike. Gjennom ulike faser etableres et slikt forhold. Travelbee (2005, ss. 171-173), snakker om fire ulike faser og disse er det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse. Før en kan nå inn til hverandre som individer må sykepleier og pasient fasadene hvikes vekk (Travelbee, 2005, s. 5). I tillegg er en viktig oppgave for den profesjonelle sykepleieren, å finne mening i de erfaringene som vil oppstå blant pasient og pårørende, i deres forsøk på å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 2005, s. 37).

I alle situasjoner der sykepleier møter den hun har omsorg for, foregår det en form for kommunikasjon – både i samtale og ved taushet. Dette kan være gjennom atferd, utseende, holdning, manerer og ansiktsuttrykk. For at sykepleier skal etablere et menneske-til-menneske

forhold til pårørende, må hun gjennom interaksjon bli kjent med han som menneske. På bakgrunn av dette må hun kartlegge og ivareta hans behov. Sykepleier må være i stand til å forstå hva som kommuniseres i sykepleiesituasjonen. Dette er fordi hun må kunne bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleieintervensjoner. Kommunikasjon er en prosess for meddelelse eller overføring av tanker og følelser. Gjennom kommunikasjon kan sykepleier formidle omsorg for den andre. Dette skjer som regel gjennom blick eller måten hun utfører handlingene sine på, som kalles non-verbale kommunikasjon. Kommunikasjon kan ha en dyp innvirkning på mellommenneskelig nærhet og graden av den. De grunnleggende intensjoner og oppfatningen sykepleieren har av andre mennesker vil alltid bli kommunisert i sykepleiesituasjonen. Den verbale kommunikasjonen blir alltid ledsaget av den non-verbale. Tanker, inntrykk og intensjoner som blir overført i løpet av en interaksjon, vil først bli oppfattet deretter tolket. Det er essensielt at dette budskapet oppfattes og tolkes korrekt, for at en kan si at det har foregått en kommunikasjon (Travelbee, 2005, ss. 135-138).

En annen teoretiker som og vektlegger omsorg er Kari Martinsen. Hun sier at omsorgen kan fungere som en etisk drivkraft i arbeidet til en sykepleier. Det er et menneskelig karaktertrekk, og kan ha flere betydninger, mellom annet eksistensiell, moralsk og følelsesmessig. Kari Martinsen som er sykepleier og filosof ser også på omsorg som et relasjonsord. Hun ser på omsorg som en sosial relasjon, der en har fellesskap og solidaritet med andre. Martinsen mener også at omsorg omhandler forståelse for andre, som vi tilegner oss gjennom å gjøre ting sammen med og for andre. En utvikler felles erfaringer, og en lærer å forstå den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon. Det siste Martinsen ser på som fundamentalt når det kommer til omsorg, er å forholde seg til den andre parten med en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon (Hummelvoll, 2016, s. 44).

3.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Arenaer hvor sykepleier møter pårørende kan være planlagte eller spontane møter, såkalte uformelle møter. Sykepleierens pedagogiske funksjon utøves i slike arenaer (Tveiten, 2014, s. 40). Målet med å ha en pedagogisk funksjon er at menneskene du møter skal utvikle egen mestringskompetanse (Tveiten, 2014, s. 43). Det er vesentlig at sykepleier ser en sammenheng mellom de pårørende og hva som trengs av utvikling, læring og mestring. De ulike kontekstene bygger grunnmuren for hva som oppnås (Tveiten, 2014, s. 57). Målgruppen som mottar undervisning eller veiledning legger statusen for hvilke metoder som blir brukt (Tveiten, 2014, s. 58). For at mestringskompetansen til pårørende skal kunne styrkes kan en ta i bruk undervisning, informasjon, rådgivning, instruksjon og veiledning (Tveiten, 2014, s. 79).

3.7 Mestring

Når en snakker om mestring i forhold til psykologi, tenker en ofte på mestring av tanker, følelser, fysisk ubehag og tap. Mestring forbindes med det enkelte menneskets evne til å håndtere påkjenninger og hendelser i livet som overstiger problemer i hverdagslivet (Renolen, 2015, s. 166). Mennesket viser en stor evne til å tåle stress, og tilpasse seg endrede livssituasjoner, selv i perioder med store påkjenninger, helsesvikt og sykdom. Det kan tenkes at dette er en forutsetning for å kunne bevare helsen. Dess flere pressede og vanskelige livssituasjoner en kommer seg igjennom, dess bedre rustet blir en til å møte nye påkjenninger og utfordringer (Hummelvoll, 2016, s. 37)

3.8 Stigmatisering

Mennesker har både egenskaper og kjennetegn som beskriver dem som person. Stigma handler om at disse diskvalifiserer personen fra å bli sosialt akseptert på samme måte som andre. Det finnes tre ulike former for stigmatisering og disse omhandler kroppslige forhold, karaktertrekk og slektsforhold. Fellestrekk ved disse er at de tiltrekkes av oppmerksomhet, dette fører til en ser bort fra egenskapene som vedkommende egentlig innehar. På denne måten stigmatiseres mennesker, ved at personer blir tildelt en annen sosial rolle. Personer med psykiske lidelser opplever ofte stigmatisering i sosiale sammenkomster, fordi de føler skam og skyld (Ingstad, 2014, s. 129). Uavhengig av om det er bevisst eller ubevisst, vil mennesker "tildele" hverandre varierende verdighet og verdi, ut fra visse retningslinjer og kriterier. I hovedsak kan en si at disse verdiene blir tenkt seg til av kulturen en lever i (Travelbee, 2005, ss. 59-60).

4. Presentasjon av innhold i forskningsartikler

“Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time”

Artikkelen er skrevet av Oscar Tranvåg og Kjell Kristoffersen. Utgitt 2008 i Nordic College of Caring Science. Formålet med studien var å identifisere og beskrive ektefeller eller samboeres erfaringer av å leve med en partner med bipolar lidelse over tid. Kvalitativ metode gjennomført ved hjelp av intervju ble gjort med åtte personer. Til sammen 14 undertemaer ble gjort rede for. Dette innebar erfaringer som deltakerne fortalte om, og som gjerne gikk igjen hos flere av dem. Disse var: frykt og det ubegripelige, anklagelser fra den syke parten, mistro til seg selv og sin egen dømmekraft, å få omsorg og informasjon i motsetning til helsepersonell som overser eller vender seg bort, stigmatisering og tap av sosialt nettverk, usikkerhet, kraftløshet og håp, ensomhet, sinne og fortvilelse, den utholdende trusselen, egne helseproblem, sorg over tap, begynnende aksept, og forsoning og nytt håp. Artikkelen viser også til funn om at pårørende må få mer tilrettelagt og individualisert omsorg og informasjon, og viktigheten av at sykepleier har som målsetting å danne relasjoner som er bygget på tillit både til pasienten og pårørende (Tranvåg & Kristoffersen, 2008).

“Nurses dilemmas concerning support of relatives in mental health care”

Forfatterne bak denne artikkelen er Bente M Weimand, Christina Sällström, Marie-Louise Hall-Lord, og Birgitta Hedelin. Utgitt i 2013 av Department of Research and Development, Division of Mental Health Services. Gjennom en kvalitativ, beskrivende studie var formålet å identifisere sykepleiere som jobbet i den psykiske helsetjenesten, sine ideer om støtten som pårørende får. Artikkelen viste til at pårørende til psykisk syke mennesker, også går gjennom utfordringer og byrder, som vil være med å påvirke deres eget liv. Mange pårørende følte at det var vanskelig å bli inkludert av helsepersonell, og om de ble det, var det i hovedsak på grunn av pasienten. Helsepersonellet følte at det var vanskelig å møte behovene til pårørende, og at pårørendefokuset sjeldent ble diskutert under refleksjon av eget arbeid. Hovedkategorien i funnene, viser til det fundamentalistiske prinsippet om at pasienten er sykepleierens hovedansvar. Det var lett for at det terapeutiske forholdet kunne bli ødelagt om pasienten ikke følte at sykepleieren prioriterte dem. Det kom også fram i artikkelen at måten behandlingen var organisert på, hadde påvirkning på muligheten til å støtte pårørende. På lukkede avdelinger var det sjeldent at sykepleier hadde kontakt med pårørende, men de som jobbet i kommunen kunne ofte møte dem ved hjemmebesøk. Et annet hinder for pårørendekontakt var fortroligheten mellom pasient og helsepersonell. Selv om pårørende har sine retter til informasjon, fryktet helsepersonellet at de skulle opptre galt, som igjen kunne resultere i negative konsekvenser

for dem selv. Dette handlet om at helsepersonellet var redde for å inkludere pårørende mer enn det pasienten ønsket (Weimand, Sällström, Hall-Lord & Hedelin, 2013).

“Stigma and bipolar disorder: A review of the literature”

Skrevet av Lisa D. Hawke, Sagar V. Parikh og Erin E. Michalak. Utgitt i Journal of Affective Disorders 2013. Formålet med denne studien var å undersøke hva litteraturen sier om stigma rundt sykdommen bipolar lidelse. I artikkelen har forfatterne selv søkt etter litteratur med forskjellige vinklinger. Det ble søkt etter kvalitative studier som omhandlet erfaringer av stigma ved bipolar lidelse, stigma og funksjon hos personer med bipolar lidelse, stigma hos pårørende til pasienter med bipolar lidelse og sammenligning av stigma over diagnostiske kategorier. Stigma fører til bekymringer både den rammede og deres familie. Dette skjer i sosiale miljøer, arbeid, skolemiljø og i helsevesenet og kan føre til tap av sosial støtte, yrkesmessig suksess, redusert funksjon, høyere symptomnivå og lavere livskvalitet. Konsekvensene berører pasienten og familien. Reduksjonstiltak for å minske stigma må være målrettet og skje på arbeidsplasser og i helsevesenet. En reduksjon i opplevelsen av stigmatisering kan føre til bedre sosial støtte og bedre livskvalitet (Hawke, Parikh & Michalak, 2013).

“The experience of caring in relatives to patients with serious mental illness”

Denne er skrevet av Turid Møller, Gunn Eva Folden, Camilla Buch Gudde, og Olav M. Linaker. Utgitt i 2009 av departementet av psykiatri avdeling Østmarka, St Olavs universitetssykehus, og avdelingen for nevroforskning, det medisinske fakultet. Denne studien var todelt og ble gjennomført ved hjelp av spørreskjema. For det første, undersøkte den om det var kjønnsforskjeller i opplevelsen av omsorg i en gruppe pårørende til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Det andre formålet var forbindelsen mellom selvrapportering av helse og funksjon, og opplevelsen av byrde hos pårørende av samme pasientgruppe som omtalt tidligere. Det var 50 pårørende som deltok i undersøkelsen, og pasientgruppen var mennesker som led av bipolar lidelse, eller psykotiske tilstander. Det ble brukt en selvrapporterende måleskala av pårørendes omsorgsyttelse, som blir forkortet til ECI (the Experience of Caregiving Inventory).

Denne skalaen består av til sammen ti underskalaer, der åtte fokuserer på det negative med omsorgsyttelse, og to fokuserer på de positive aspektene. COOP-WONKA er også en selvrapporterende måleskala der pårørende skal vurdere sin generelle helsestatus og funksjon de siste to ukene, og denne består av seks diagram. De fem første diagrammene beskriver hvordan pårørende ser på mellom annet sin fysiske, mentale og sosiale status, og den sjettede påpeker forandring i helsestatusen. Funnene viste at det er sammenheng mellom dårlig mentalt velvære og

byrde som omsorgsgiver. Kvinnene opplevde høyere nivå av byrde og depresjon, og lavere nivå av subjektivt velvære og fysisk helse, enn menn. I artikkelen ble det fremhevet at det var viktig å hjelpe omsorgsgivere til å forstå at måten de oppfatter seg selv på, har en sammenheng med atferd som kan føre til dårlig velvære. Det ble også lagt vekt på at siden det oftest er kvinner som har omsorgsrollen, og at dette er en rolle som øker, må fokuset og ressursene angå omsorgsytterne, og deres bekymringer, i fremtiden (Møller, Gudde, Folden & Linaker, 2009).

“Trapped like a butterfly in a spider’s web: Experiences of female spousal caregivers in the care of husbands with severe mental illness”

Den artikkelen er skrevet av Farnaz Rahmani, Hossein Ebrahimi, Naeimeh Seyedfatemi, Hossein Areshtanab, Fatemeh Ranjbar og Bill Whitehead og er utgitt i 2018. Formålet med studien var å undersøke erfaringene til kvinner som er gift med menn som har psykiske lidelser. Studien ble gjort i Iran noe som medfører kulturforskjeller i forhold til det norske samfunn. I studien blir det gjort rede for hvilke følelser og erfaringer kvinnene innehar. Resultatene viste at deltakerne opplevde psykisk stress, problemer med kommunikasjon. Dette førte til emosjonell løsrivelse over tid. Økonomiske problemer gjorde at kvinnene måtte arbeide deltid for å kunne forsørge familien. Samtidig måtte de ta vare på barna og holde orden i hjemmet. Dette førte til at mange følte de måtte innta flere og ulike roller. Følelsen av å miste seg selv som kvinne er omtalt og dette gav stressrelaterte problemer. Studien omtaler også at en av kvinnene ikke kunne snakke med noen om problemene sine, fordi dette kunne være problematisk for henne senere. Når vi tar denne artikkelen i bruk må vi ta i betraktning at studien er gjort i et annet land, med ulik kultur. Dette fremgår vesentlig i studien. Likevel kan artikkelen brukes for å sammenligne forskjellene, med tanke på at i Norge finnes det mange mennesker med minoritetsetnisk bakgrunn (Rahmani, Ebrahimi, Seyedfatemi, Areshtanab, Ranjbar & Whitehead, 2018).

«Experience of living with a family member with bipolar disorder»

Den siste studien vi har valgt er gjort av av Patrik Dahlqvist Jönsson, Ingela Skärsäter, Helle Wijk og Ella Danielson, og ble utgitt i International Journal of Mental Health Nursing i 2011. Formålet med studien var å undersøke hva det betyr for familiemedlemmer å leve med en voksen person som har bipolar lidelse. I tillegg ønsket de å belyse hvilke syn familiemedlemmene hadde på både tilstanden og fremtiden. Funnene i studien viste til at de pårørende ofte følte seg alene med erfaringene og hadde vanskeligheter med å opprettholde normalitet samtidig som sykdommen preget livet deres. Flere opplevde at det var vanskelig å skille mellom symptomer og pasientens personlighet. Andres manglende kunnskap om sykdommen og egne følelser rundt skam, gjorde de pårørende mer forsiktig

i samtale med andre. Framtiden til informantene bar preg av uforutsigbarhet relatert til sykdommen, mangel på kunnskap og pessimistiske ideer om pasientens evne til å ta vare på seg selv. De uttrykte vanskeligheter med å fokusere på sitt eget liv, begrunnet med byrden av å ha ansvar og kontroll. Noen å dele sine opplevelser med, økt kunnskap om tilstanden og lindring fra byrden de bar på, gjorde at de klarte å opprettholde et håp (Jönsson, Skärsäter, Wijk & Danielson, 2011).

5. Drøfting

Å være pårørende til en pasient med bipolar lidelse, kan oppleves som en hverdag av opp og nedturer. Det å leve med pasienten kan være en stor utfordring for familier, og spesielt ektefeller, som vår oppgave omhandler.

«Hvordan kan sykepleier støtte pårørende til pasienter med bipolar lidelse?»

5.1 Sykepleierens ansvar i møte med pårørende

Fokus på pårørende har blitt mer vektlagt innenfor fag og forskning de siste årene. Likevel viser det seg at pårørende fortsatt opplever seg avvist og oversett av fagfolk (Borg & Topor, 2014, s. 85). Dette er funn som også blir bekreftet i resten av den anvendte forskningen. Sykepleiere som arbeider i psykisk helsevern vil først møte de pårørende når pasienten er så dårlig at det krever en innleggelse i institusjon. Dette kan for eksempel være frivillige eller tvungne innleggelser. Det vedtaket som pasienten er innlagt på, vil ha betydning for behandlingen pasienten mottar og eventuelt muligheten for å inkludere pårørende (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-3).

Som sykepleier må en være i stand til å ta kontakt med de pårørende og på denne måten etablere en relasjon (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 15). Når sykepleier etablerer kontakt med de pårørende er det ifølge Travelbee (2005), *det innledende møtet*. Et viktig aspekt sykepleier bør tenke på når hun ønsker å skape en god relasjon til pårørende, er hvordan hun kommuniserer. Hvordan den non-verbale kommunikasjonen kommer til uttrykk, er minst like viktig som den verbale (Travelbee, 2005, s. 137). Non-verbal kommunikasjon kan bidra til å bygge tillit, motivasjon og trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 137).

Målet er å skape en relasjon bygget på tillit og respekt til både pasienten og pårørende (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 15). Dette handler om at vi som sykepleiere må kunne forstå og samhandle med andre mennesker. Ved at sykepleier tilpasser støtten, kan pårørende oppfatte kommunikasjonen som forståelig (Røkenes & Hanssen, 2015, ss. 9-10). Pasienter eller pårørende kan oppleve læring, vekst, utvikling og mestring ved hjelp av sykepleierens pedagogiske virksomhet. Dermed kan de tilegne seg kunnskap, nye holdninger og ferdigheter. Dette kan igjen gi dem ny kunnskap og nye måter å håndtere sykdom og symptomer på. Livskvaliteten kan gradvis bli bedre av at en klarer å mestre hverdagen i større grad (Tveiten, 2014, s. 31).

En del forutsetninger ligger til grunn for at de en møter skal ønske å åpne seg. Et samarbeidsklima som gir den enkelte muligheten til å føle seg trygg er viktig. Et slikt klima bør bære preg av tillit og en aksepterende holdning (Hummelvoll, 2016, s. 424). En sykepleier uttrykte viktigheten av å bruke tid i møte med pårørende. Dette kunne for eksempel være å finne et eget rom, ta med en kopp kaffe og vise at en var tilstede (Weimand, et al., 2013, s. 290). For noen kan dette kanskje være en åpen dør til kommunikasjon. Små ting som dette i slike omstendigheter kan gjøre at pårørende opplever seg selv som verdifulle samarbeidspartnere. Sykepleier må se pårørende som en individuell person og ikke i skyggen av pasienten (Weimand et al, 2013, s. 293). I praksis har vi erfart at egne besøksrom, hvor både pasient og pårørende kunne oppholde seg på egenhånd, var noe som ble satt pris på. Dersom det var pårørende tilstede ved innleggelse, var de fleste sykepleierne opptatt av å gi dem oppmerksomhet, ved å for eksempel tilby en kopp kaffe. Sykepleiere bør ha en empatisk holdning i møte med pårørende og på denne måten gi dem støtte. Dette kan føre til at de opplever mening i situasjonen de befinner seg i og redusere deres byrder (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 15).

Tranvåg & Kristoffersen (2008, s. 15) vektlegger at sykepleier må møte de pårørende gjennom *empati*, ved å invitere de til å dele tanker og følelser. Pårørende opplever omsorg når sykepleiere har en holdning som baserer seg på empati, forpliktelse, sensitivitet og respekt. Innen sykepleie er omsorg et sentralt kjennetegn, og en nødvendig forutsetning for å kunne yte god omsorg, er innlevende forståelse (Hummelvoll, 2016, s. 23). Vi tenker at en holdning som ikke innehar disse egenskapene kan føre til at sykepleier ikke ser den andre. Om for eksempel sykepleier ikke interesserer seg for de pårørende, vil interesse mangelen komme til uttrykk og medføre en tilsvarende reaksjon hos dem (Travelbee, 2005, s. 137). Dette kan igjen medføre manglende støtte og engasjement. At sykepleier er bevisst på sitt eget kroppsspråk i møte med pårørende er viktig. For de pårørende kan for eksempel trygghet oppleves om sykepleier sitter henvendt mot dem, og formidler et ønske om kontakt (Eide & Eide, 2017, s. 146). Vi ser for oss at dersom sykepleier ikke viser interesse i samhandlingen, vil den kanskje oppleves meningsløs. Det kan være vanskelig å hjelpe dem, da de trolig ikke kommer til å åpne seg om utfordringene sine.

Travelbee (2005, ss. 171-173) sier at sykepleieren må hjelpe pasient og pårørende til å finne mening i de erfaringene som vil oppstå, i deres forsøk på å mestre sykdom og lidelse. Vi kan tenke oss at om pårørende ikke har følt seg anerkjent fra tidligere møter med helsepersonell, kan dette påvirke hvordan de stiller seg til senere samhandlinger med helsepersonellet. Hvordan en har blitt møtt av helsepersonell tidligere, påvirker om en er mottakelig for eller har tillit til personalet. Har en blitt avvist tidligere, kan den pårørende være sårbar og gjerne redd for å både ta kontakt eller være åpen. I møte med andre kan en opplevelse av å bli oversett være vanskelig for den det gjelder. Derfor er

måten sykepleier ser den andre avgjørende for hvordan mottakeren føler seg (Eide & Eide, 2017, s. 144). Om sykepleier uttrykker *sympati* og *medfølelse* for pårørende, vil de kunne få en oppriktig følelse av at sykepleier bryr seg om plagene og ønsker å hjelpe. For å kunne forsterke og utvikle forholdet mellom sykepleier og pårørende, kan sympati og medfølelse være essensielt (Travelbee, 2005, ss. 200-201).

Selv om mange pårørende gav uttrykk for mangel på støtte og informasjon i en vanskelig livssituasjon, var det ikke bare negative opplevelser med helsevesenet som ble påpekt (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 9). De som opplevde en empatisk og bevisst holdning hos helsepersonellet, fikk en opplevelse av å være forstått (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 11). Å la de pårørende medvirke er oftest god praksis. De har blant annet rett på å motta informasjon og de kan være en god kunnskapskilde til oss som sykepleiere. Kunnskapen deres om pasienten kan være til hjelp i både behandling, utredning og rehabilitering (Bipolarforeningen).

5.2 Sykdommens innvirkning på kvalitet av omsorg

I praksis erfarte vi at enkelte pasienter gav uttrykk for at de ikke ønsket kontakt med sine nærmeste. Vi opplevde at de pårørende som dette gjaldt, syntes dette var vanskelig. Når pasienten var inne i den mest maniske fasen, var han preget av vrangforestillinger om hva pårørende hadde påført ham. Vi ser for oss at slike utsagn bunner i at pasienten ikke har forståelse for at pårørende kan være til hjelp. Pårørende på sin side opplevde at hverdagen ble kaotisk, uforutsigbar og skremmende etter at partneren ble syk. Personligheten endret seg, spesielt i den maniske fasen og de følte seg handlingslammet (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 8). Bekreftende teori sier at pasienter kan miste realitetsforankringen helt i en manisk fase av sykdommen sin (Hummelvoll, 2016, s. 223).

Å være i en nær relasjon med en som er psykisk syk, kan være utfordrende over lenger tid. For mange pårørende førte en slik byrde til egne helseproblem. Blant annet anspenhet, muskelsmerter, tretthet og følelsen av å være mentalt utslitt. For noen medførte dette også en depresjonsdiagnose (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 9). Et negativt aspekt med tanke på pårørende, er at ikke alle som søker hjelp i helsevesenet greier å mobilisere egne krefter. Et menneske som er utbrent eller sliter med depresjon, vil ofte mangle kraften som er grunnleggende for å ta tak i eget liv (Renolen, 2015, s. 74). De fleste pasientene vi møtte i praksis, hadde ektefelle som nærmeste pårørende. De hadde en spesiell funksjon i relasjonen med pasienten og hadde behov for annerledes støtte enn for eksempel søsken. De uroet seg ofte for det å bli «alene», ha alt ansvar for det dagligdagse hjemme, og økonomien. Pasienter i en manisk fase, kan ha problemer med pengeforbruk, overaktivitet og impulsiv atferd (Hummelvoll, 2016, s. 242).

Å kunne observere endringer i humør og atferd hos den syke, er noe som gjør at familien er i en unik posisjon. Det vil ofte være pårørende som først oppfatter at noe er galt, for eksempel om pasienten går med tanker om, eller planlegger å ta sitt eget liv. Pasientens pårørende kan dermed spille en avgjørende rolle i å oppdage symptomene og få satt i gang behandlingen i tide (Ødegaard & Ødegaard, 2012, ss. 459-460). På den andre siden kan dette være noe som øker distansen mellom pasienten og pårørende. I den dårlige fasen var anklagelser fra den syke parten noe som gikk igjen hos flere pårørende og en kan ha forståelse for at dette kan oppleves vanskelig for dem. En av informantene sa at han ble spyttet på og ble pålagt all skyld for partnerens lidelse. Det var vanskelig for ham å ta tak i egne helseproblem, fordi de hadde samme fastlege. Dersom han dro til legen, ble hun mer agitert og anklaget ham for å spre negative rykter om henne (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 8). Dette vil kunne påvirke deres forhold i en negativ retning. Konsekvenser av dette kan være at pasienten blir stående alene, fordi de pårørende blir utslitt og trekker seg unna. Rahmani et al (2018,

s. 1512) viser nettopp til hvordan utfordringer av å leve med en som er psykisk syk, kan gjøre pårørende svært utslitt. De opplevde å tape mye energi over tid, der de ikke fikk mulighet til å hente seg inn igjen. Mangelen på emosjonell støtte var også en faktor til opplevelsen av å være utslitt.

I praksis opplevde vi at noen pasienter følte seg mer overvåket av sine nærmeste, ettersom pårørende fikk mer informasjon om sykdommens preg og «faresignal». Det ble gitt uttrykk for at det som før var en del av pasientens personlighet som for eksempel det å være snakkesalig, ble nå sett på som et symptom på sykdomsforverring. En kan tenke seg at dersom pårørende konstant leter etter symptomer, vil dette kunne påvirke deres relasjon og pasientens sykdomsforløp. Noen av informantene fra Tranvåg & Kristoffersens studie gav uttrykk for at dette var en gjenkjennbar situasjon. De følte at dette var en rolle som måtte tas for å beholde tryggheten, både for seg selv og pasienten (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 13). Dette bekreftes i Jönsson et al (2011, s. 32), der de pårørende gav uttrykk for at det var vanskelig å skille mellom symptomer fra sykdommen, og hva som var en del av pasientens personlighet. Dette er noe som kan bidra til et negativt følelsesmessig klima, som igjen kan føre til risiko for tilbakefall hos den syke. For at en skal kunne danne et positivt følelsesmessig klima i familien, er det viktig at både familien og pasienten får hjelp til å snakke om følelser knyttet til tidligere hendelser. De tidligere negative hendelsene er ofte vanskelig å glemme, og må bli bearbeidet før en kan bygge et nytt og tillitsfullt forhold mellom familiemedlemmene (Hummelvoll, 2016, s. 242).

I den maniske fasen vil pasienten ofte få grandiose tanker om seg selv og den seksuelle atferden kan bli utfordrende (Hummelvoll, 2016, s. 226). Denne atferden er mer synlig for omgivelsene, i motsetning til en depressiv fase. Pasienten vil bli mer kontaktsøkende i en manisk fase, mens i en depressiv fase vil ofte kommunikasjonen være preget av tvil og blokkering (Hummelvoll, 2016, s. 200). Forskning viser til at sykepleiere syntes det var utfordrende og støtte eller i det heletatt snakke med pårørende, når pasienten var manisk. De fryktet at en uønsket relasjon til pårørende, kunne forverre symptom bildet til pasienten og samtidig ødelegge relasjonen dem imellom. Pårørende opplevde også at det var vanskelig å bli inkludert, med mindre det gjaldt pasienten. Helsepersonell påpekte det fundamentalistiske prinsippet om at pasienten var deres hovedansvar. Dette førte til at det var vanskelig å møte pårørendes behov (Weimand et al., 2013, s. 291).

På tross av dette, opplevde vi i praksis at initiativet til å inkludere pårørende økte etter hvert som pasienten ble bedre. Vi så for eksempel at pasienten gav mer uttrykk for økt kontakt mellom helsepersonell og pårørende. Når pasienten er i en bedringsfase, endrer han gjerne innstilling og vil samarbeide. Dette kan vise seg ved at pasienten i større grad etterlyser at deres pårørende får den støtten og informasjonen som de har krav på (Borg & Topor, 2014, ss. 85-86).

På bakgrunn av kunnskap om sykdommens forløp og sykepleierens pedagogiske funksjon, kan en mulig intervensjon være å veilede eller undervise pasient og pårørende, i en mest mulig symptomfri periode. Funn fra forskning viser til at enkelte opplevde at terskelen for at konflikter oppstod, var lavere enn tidligere. Det var vanskelig for de pårørende å kommunisere med partneren sin (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 9). For å unngå konflikter innad i et parforhold, kan det være lurt at begge snakker sammen om hvordan ulike situasjoner i en sykdomsepisode, skal håndteres (Bipolarforeningen).

5.3 Å vise interesse for familiens samlede utfordringer

Mange pasienter gir uttrykk for at enkeltindivider i deres familie har vært viktige støttespillere (Borg & Topor, 2014, ss. 85-86). Selv om pasienten er sykepleierens hovedansvar, viser dette hvor viktig det er at sykepleieren også prioriterer de pårørende. De yrkesetiske retningslinjene sier noe om hvordan sykepleiere skal forholde seg til pårørende. Blant annet at de skal bli behandlet med respekt og omtanke, og at opplysningene deres skal behandles med fortrolighet (NSF, 2016). Dersom dette ikke blir fulgt opp kan det gi konsekvenser både for pårørende og pasienten. Ved at sykepleier støtter de pårørende, støtter de også indirekte pasienten. Familierelasjon er en form for avhengighet og sykepleier kan dermed bidra til å skape en form for balanse i familien (Kjeldsen, 2018). I praksis opplevde vi at oppmerksomheten i hovedsak var rettet mot pasienten og tiltakene ble tilrettelagt slik at han skulle oppleve bedring. Sett i sammenheng ut i fra disse erfaringene og det vi har tillært fra forskning kan det kanskje være lett for sykepleier i institusjon å «glemme» familien. Pårørende får da kanskje ikke muligheten til å bearbeide egne opplevelser og tanker gjennom pasientens dårlige perioder.

Mange sykepleiere opplever at det er vanskelig å ivareta både pårørende og pasientens behov. For eksempel vil noen pasienter gjerne at kommunikasjonen mellom pårørende og behandlende helsepersonell, skal være minimal. Dette kan være noe som gjør sykepleiere redd for å ødelegge det terapeutiske forholdet (Weimand et al., 2013, ss. 289-290). På den andre siden må en se dette i lys av familiefokust sykepleie. Familien kan ses på som en gruppe, bestående av forskjellige individ som gjensidig påvirker hverandre (Kjeldsen, 2018). Pasienten vil trenge sin del av omsorgen som gis, men det er naturlig å tenke seg at omgivelsene rundt også vil bli påvirket. For å kunne støtte pasienten i de dårlige fasene som kommer, trenger pårørende også omsorg. Kanskje må sykepleier hjelpe pasienten til å se seg selv i sammenheng med omgivelsene. For at pasienten selv skal kunne få det bedre, vil også de nærmeste trenge omsorg og støtte.

Sjokket kan for mange bli svært stort når den du er i et forhold med i perioder blir til en du ikke kjenner. En person som er rammet av bipolar lidelse vil kunne ha problemer med samarbeid, seksuell liv, familieplanlegging og økonomi (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 6). Dette er dagligdagse situasjoner og opplevelser som ofte oppstår i parforhold og kan skje uten at en tenker over det. De gjentatte episodene med sykdom kan også føre til alkoholmisbruk. Noen pårørende følte at de inngikk i en ny rolle som omsorgsgiver, der den syke parten ble som et barn for dem (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 6). Bekreftende forskning viser til at partnere som deltar i omsorgen for sin syke partner, opplever at de mister noen de kunne stole på og dele ting med (Rahmani et al., 2018, s.

1513). I en sammenheng hvor en part går inn i en omsorgsrolle, kan det være naturlig å tenke seg til at det oppstår avvik fra egne forventninger til parforholdet. Kan disse følelsene være mer negativt forsterket hos kvinnelige omsorgsgivere? Kvinnelige pårørende har større sannsynlighet for å oppleve sterke bekymringer i henhold til sine erfaringer. Når det er barn inne i bildet opplever de fleste et økt stressnivå (Rahmani et al, 2018, s. 1513). Det er oftest kvinner som har omsorgsrollen, og det viser seg at kvinnelige omsorgsgivere opplever større nivå av byrde og depresjon. De hadde også flere problemer knyttet til opplevelsen av forholdet, enn mannlige omsorgsgivere (Møller et al., 2009). Fra den iranske studien, beskriver en av kvinnene at det gradvis oppstod en emosjonell distanse mellom henne og den syke ektemannen. Aggressivitet og emosjonell ustabilitet var faktorer som påvirket forholdet i en negativ retning (Rahmani et al., 2018, s. 1511).

Det er mange pårørende av pasienter med bipolar lidelse som gir uttrykk for at det er ønskelig med mer kunnskap om sykdommen. Sykepleier må legge til rette for at pårørende skal kunne nå egne mål, ved hjelp av for eksempel informasjon, veiledning eller undervisning (Tveiten, 2014, s. 43). Kartlegging av de pårørendes behov er også vesentlig for å kunne hjelpe dem videre med sine problemer. Dette gjelder både behovene de selv må få ivarettatt, behov for kunnskap, og om forståelsen deres av partnerens sykdom er realistisk (Hummelvoll, 2016, s. 242). Mange vil selv kunne fortelle hva deres behov er, men dette kan avhenge av hvilke situasjoner sykepleier møter dem i. Sykepleier kan da bidra med sin erfaring og kunnskap til å hente fram innhold til de ulike læresituasjonene (Tveiten, 2014, s. 63). Det må legges til rette for bearbeidelse knyttet til tidligere hendelser. På en slik måte kan en bygge et nytt og tillitsfullt forhold innad i familien (Hummelvoll, 2016, s. 242). Målet med veiledning og undervisning er å styrke de pårørendes mestringskompetanse, fremme helse, forebygge sykdom og mestre konsekvensene som ofte oppstår. Mange pårørende har forventninger som står i kontrast til hva vi som sykepleiere har å bidra med. Da er det viktig at sykepleier finner ut hva de pårørende tenker og føler om situasjonen. Ved å etterspørre slik informasjon, legger en til rette for at den andre parten opplever å medvirke. Når sykepleier legger vekt på å danne en relasjon sammen med pårørende kan veiledning og undervisning bli lagt til rette for. Undervisningen bør være utformet slik at den er tilpasset den enkelte (Tveiten, 2014, ss. 157-158).

5.3.1 Sykdommens preg på stigmatisering

Med tanke på hvordan de ulike sykdomsepisodene utfolder seg, var det mange som opplevde at dette var en isolert lidelse, og at de ulike fasene av sykdommen gav forskjellig stigmatisering. For eksempel ved mani ble de møtt med flere negative emosjonelle og kognitive reaksjoner, og denne fasen ble ofte sett på som aggressiv og skummel, for omgivelsene. De deprimerte fasene ble møtt med en stakkarslig og empatisk holdning (Hawke et al., 2013). I praksis var dette holdninger vi selv også opplevde i møte med bipolare pasienter. En pasient som vi møtte hadde svingende episoder, som kunne variere fra dag til dag. Det var vanskelig å forholde seg til at han en dag var tydelig irritert og anklagende, både mot personale og pårørende. Andre dager kunne han være sengeliggende og ikke svare på tiltale. Selv om sykepleier skal ha en empatisk holdning i alle møter med pasienter, opplevde vi at det var lettere å imøtekomme dette når vi tydelig så at pasienten var nedfor. Det var lett å synes synd på ham, som igjen gjorde det utfordrende å sette grenser for seg selv i henhold til hvor mye hjelp en skulle tilby.

Både Jönsson et al (2011) og Tranvåg & Kristoffersen (2008) viser til at mange pårørende erfarer at personer rundt dem ikke forstår deres situasjon, noe som gjorde at mange trakk seg unna. Igjen førte dette til at mange opplevde tap av deres sosiale nettverk. En konsekvens av å trekke seg unna det sosiale, kan være at en har større sannsynlighet for å utvikle depressive symptom. Både pasienter og pårørende følte at det var negative assosiasjoner til ord som «bipolar lidelse», og at de ble behandlet annerledes på grunn av dette. De fikk påstemplet en merkelapp som overlappet deres personlige egenskaper. Denne formen for stigmatisering kom til syne i deres personlige liv, på arbeidsplassen, og i helsetjenesten. Dette påvirket livskvaliteten og gav utfordringer med å leve med sykdommen (Hawke et al., 2013, s. 183).

I slike situasjoner kan en tenke seg at venner og andre kan være en viktig støtte, i tillegg til oss som sykepleiere. Likevel måtte de pårørende håndtere andres manglende kunnskap om sykdommen. Dette gjorde dem forsiktige, i form av hvem de fortalte ting til (Jönsson et al., 2011, s. 33). Sykepleier må kombinere en forståelse for bipolar lidelse og empati for de som er rammet. Ved å finne konkrete løsninger som kan hjelpe dem til å håndtere personlige, økonomiske og systematiske utfordringer som møter dem, kan opplevelsen av stigma reduseres. En må ha fokus på stigmatiseringen som kan komme fra samfunnet, men også hvordan familiens opplevelse av stigma, vil påvirke pasienten (Hawke et al., 2013).

Noen pasienter trodde at stigmatiseringen oppstod på grunn av lite kunnskap om sykdommen, eller at menneskene rundt, ikke så på det som en sykdom. Ved å øke kunnskapen om det genetiske

og biologiske opphavet for bipolar lidelse som en reell sykdom, kan stigmatiseringen reduseres). Flesteparten av informantene gav uttrykk for at deres situasjon, ville vært bedre dersom den generelle befolkningen hadde mer kunnskap om sykdommen. Sykepleier må hjelpe pasient og pårørende til å finne en balanse mellom det å «skjule» og formidle sykdommen, for å unngå stigmatiserende reaksjoner uten å ofre verdifull støtte (Hawke et al., 2013, ss. 187-188).

5.4 Veien videre – kontinuitet og oppfølging

De seneste årene har den psykiatriske helsetjenesten gjennomgått store endringer. Blant annet reduksjon av institusjonsplasser som har gitt økt antall utskrivelser. Mange pasienter blir utskrevet til hjemmet tidligere enn før (Statistisk sentralbyrå, 2018). En konsekvens av dette kan være at familien til den syke i større grad blir eksponert, og mer inkludert i sykdommen til pasienten (Jönsson et al., 2011, s. 29).

Når et menneske blir rammet av sykdom, blir også resten av familien påvirket (Borg & Topor, 2014). Selv om ikke alle mennesker søker hjelp når problemer melder seg, er vi alle avhengig av fellesskap og kontakt med andre, for å kjenne på trygghet og mening i livet. På bakgrunn av dette, er det svært viktig at mennesket ikke blir isolert fra sitt livsmiljø når det søker hjelp. Sykepleieren, pasienten og pasientens pårørende må etablere et samarbeidsforhold. Dette dreier seg både om konkret støtte i behandlingsperioder, og hvordan en kan gjøre den sosiale delen av livet bedre etter utskriving. Sentrale oppgaver for sykepleier, vil her være ulike former for nettverksstøtte, etablering og utvidelse av nettverk. Dette kan styrke motet deres og evnen til å holde ut i de vanskelige periodene, der pasienten- og dermed også de nærmeste- har det vanskelig (Hummelvoll, 2016, s. 47).

Når pasienten blir bedre er det naturlig at han blir skrevet ut fra institusjon. Dette kan medføre brudd i kontakten mellom sykepleier på institusjon, pasient og pårørende. En kan se sammenhenger mellom lav sosial støtte, depressivt tilbakefall og saktere bedringsprosess hos pasienten. Pårørende med lav sosial støtte, hadde flere depressive symptom (Hawke et al., 2013, 188). Det er viktig å trygge pårørende med at de kan ta opp igjen kontakt, dersom situasjonen endrer seg og pasienten blir dårligere. Ut ifra forskning ser vi for oss at dette kan bli sett på som en del av et helsefremmende arbeid for sykepleieren. Sykepleier bør i samarbeid med helsetjenesten, utøve en aktiv og nøye planlagt støtte til pårørende. For å få til en vellykket samhandlingsprosess innad i familien vil en sentral faktor være å lage fokuserte strategier for familieintervensjoner. Disse bør fokusere på pårørendes individuelle byrder og styrke evnen deres til å takle disse. Det bør også være et fokus på alternative måter en kan oppnå tilstrekkelig omsorg på (Møller et al., 2009, s. 158).

I hjemmet opplevde flere pårørende at ansvaret stod på dem alene, uten noe oppfølging fra helsevesenet (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 9). Enkelte pårørende uttrykte bekymringer for hvordan den syke skulle klare å håndtere hverdagen på egenhånd og hva som kunne skje dersom de ikke var der. Pasienter med psykiske vansker kan ha problemer med gjennomføring av ulike praktiske gjøremål (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 80-81). Dette viser at vi som sykepleiere må informere

pårørende og pasienten, om muligheten for oppfølging fra hjemmesykepleie i kommunen. På denne måten kan helsepersonell vise de pårørende hvordan systemet kan støtte de videre, etter utskrivelse fra institusjon. For eksempel kan de få en kontaktperson i hjemmesykepleien, som ofte kan være en psykiatrisk sykepleier. Å ha en kontaktperson som kommer hjem til pasienten og som er kjent med problemstillingen, kan være til hjelp for pårørende. På denne måten kan sykepleier muligens redusere noen av belastningene pårørende kan oppleve. Pårørende påpekte viktigheten av at helsepersonellet også var årvåken for ulike symptomer (Jönsson et al, 2011, s. 33). Uansett om relasjonen skal avsluttes helt eller delvis, vil det være viktig å gjøre dette på en god måte. Dette vil påvirke om de pårørende opplever seg ivaretatt eller ikke (Røkenes & Hanssen, 2015, ss. 9-10).

Et tiltak sykepleier kan gjøre for å styrke pårørendes evne til å takle byrdene de kan oppleve hjemme, er å informere dem om grupper hvor de kan møte andre pårørende. Jönsson et al (2011, s. 33), viser til at møter med mennesker som er i samme situasjon, er noe flere pårørende ser på som støttende. Sykepleier kan informere de pårørende om foreningen for bipolare lidelser. Denne foreningen arrangerer samtaler med likepersoner og åpne treff. Her kan både pasient og pårørende delta (Bipolarforeningen). Flere pårørende har gitt uttrykk for vanskelighetene rundt det å være alene med sine utfordringer (Jönsson et al., 2011, s. 32). Dette blir bekreftet i andre studier, hvor informantene uttrykte at de ofte opplevde seg alene med egne tanker og følelser (Tranvåg & Kristoffersen, 2008, s. 9). Vi kan tenke oss at å delta på åpne treff sammen med andre i lik situasjon, kan føre til at en kan dele egne erfaringer og kunnskap med andre, samt oppleve gjensidig læring. Det å vite at en ikke er alene om sine utfordringer kan hjelpe pårørende til å opprettholde håpet. En del av standardomsorgen som sykepleierne yter bør fokusere på støtte som kan redusere familiens følelse av ensomhet i situasjonen og å øke solidaritetsfølelsen (Jönsson et al., 2011, ss. 33-34).

6. Konklusjon

Målet med litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier i institusjon kan støtte pårørende til mennesker med bipolar lidelse. Våre funn viste til at denne gruppen pårørende, opplevde å ikke få tilstrekkelig støtte fra helsepersonell. Situasjonen til pårørende ble beskrevet som kaotisk, og de opplevde seg alene med sine utfordringer. Det var viktig for både pasienten og pårørende at sykepleier viste interesse for situasjonen, og at de var i stand til å etablere kontakt. Pårørende opplevde omsorg når sykepleier hadde en empatisk holdning, og prioriterte tid sammen med dem. Et gjentatt ønske fra pårørende var støtte, tilstrekkelig informasjon og kunnskap om sykdommen. Det var viktig for pårørende at sykepleieren så på dem som individuelle personer, og at støtten og informasjonen ble tilpasset den enkelte. Når sykepleier støtter pårørende blir pasienten også indirekte støttet. Pårørende belyste at for å mestre hverdagen videre, hadde de behov for kontinuerlig oppfølging. Både pasienten og pårørende opplevde en viss grad av stigmatisering, som førte til isolasjon fra deres tidligere sosiale nettverk. Gjennom ulike pårørendegrupper fikk de pårørende bekjentskap med andre mennesker i samme situasjon. For noen førte dette til nye vennskap og støtte.

Flere studier har belyst hvordan denne gruppen pårørende opplevde sin situasjon, og at sykepleiere må prioritere å gi tilstrekkelig støtte til pårørende. Vi tenker at sykepleiere kanskje trenger mer kunnskap om hvordan en psykisk sykdom som bipolar lidelse, kan virke inn på en hel familie og spesielt partnere eller ektefeller.

Litteraturliste

- Befring, E. (2016). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap*. (1.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bipolarforeningen. Noen å snakke med?. Hentet fra <https://www.bipolarforeningen.no/tilbud-og-aktiviteter/noen-aa-snakke-med>
- Bipolarforeningen. Åpent treff. Hentet fra <https://www.bipolarforeningen.no/tilbud-og-aktiviteter/aapent-treff>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2016). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2016). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hawke, L. D., Parikh, S. V. & Michalak, E. E. (2013). Stigma and bipolar disorder: a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.030>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. (2014). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Jönsson, P. D., Skärsäter, I., Wijk, H. & Danielson, E. (2011). Experience of living with a family member with bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2010.00704.x
- Kjeldsen, S. B. (2018). Familien er et system. Hentet fra <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2018-1/familien-er-et-system?fbclid=IwAR2g9fjvJlrrWylgmIlgMoYEbqKMy7KF27n9zapyXEfcjZQwmJoQ48FIHz8g>
- Legemiddelhåndboka. (2017, 16. november). Bipolar lidelse. Hentet fra <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/8676>

Møller, T., Gudde, C. B., Folden, G. E. & Linaker, O. M. (2009). The experience of caring in relatives to patients with serious mental illness: gender differences, health and functioning. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00605.x

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2016). *Jobb kunnskapsbasert!* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Norsk sykepleierforbund (2016, 23. mai). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-02-07). Norges lover lovsamling for helse- og sosialsektoren. Oslo: Gyldendal juridisk.

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-02-07). Norges lover lovsamling for helse- og sosialsektoren. Oslo: Gyldendal juridisk.

Rahmani, F., Ebrahimi, H., Seyedfatemi, N., Areshtanab, H.N., Ranjbar, F. & Whitehead, B. (2018). Trapped like a butterfly in a spider's web: Experiences of females spousal caregivers in the care of husbands with severe mental illness. *Wiley Journal of Clinical Nursing*. DOI: 10.1111/jocn.14286

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker. Innføring i psykologi for helsefag* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2015). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

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

Statistisk sentralbyrå. (2018, 22. juni). Spesialisthelsetjenesten. Hentet fra www.ssb.no/speshelse/

Thidemann, I-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tranvåg, O. & Kristoffersen, K. (2008). Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00562.x>

Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S.: (2014). *Pedagogikk i sykepleie praksis* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Weimand, B. M., Sälström, C., Hallord, M-L. & Hedelin, B. (2013). Nurse's dilemmas concerning support of relatives in mental health care. *Nursings Ethics*. DOI: 10.1177/0969733012462053

Ødegaard, C. H. & Ødegaard, K. J. (2012). En pårørende forteller om å leve med en som har alvorlig bipolar lidelse. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (s. 459-474). Bergen: Fagbokforlaget.

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