



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Opplysningene finner du på [StudentWeb](#) under [Innsyn](#) – [Vurderingsmelding](#)

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleie, forskning
og fagutvikling - **Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02.13 kl. 14.00

Kandidatnr: 67

Antall ord: 8720

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med bipolar lidelse kan i mange sammenhenger ha problemer med å få kontroll over sykdommen etter å ha blitt påvist den. De ekstreme humørsvingningene fører ikke bare til konsekvenser for individets handlingsmønster, men også tanke- og følelseslivet til vedkommende. På verdensbasis er bipolar lidelse blant de sykdommene som fører til størst uførhet blant unge mennesker. Diagnosen kan dessuten føre til tidlig død.

Problemstilling: «*Hvordan kan pasienten med bipolar lidelse type 1 leve best mulig liv?*»

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å få en dypere forståelse hvordan man som sykepleier kan hjelpe den «bipolare» pasienten med nyttige tips for hvordan vedkommende best mulig kan leve med diagnosen i hverdagen.

Metode: Denne oppgaven baserer seg på en systematisk litteraturstudie.

Resultat: For å lære seg å leve med bipolar lidelse kan pasienten trenge hjelp med å bearbeide negative tanker og følelser rundt det å ha en alvorlig psykisk lidelse. Dette innebærer at sykepleieren hjelper pasienten til å akseptere lidelsen i sin helhet, der det kreves at vedkommende bryter mot eventuelle fordommer han eller hun kan ha mot psykisk sykdom. Selv om bipolar lidelse 1 bør forstås som en kronisk tilbakevendende sykdom, trenger ikke dette være ensbetydende for at pasienten får et liv preget av dårlig livskvalitet. Gjennom å innarbeide en stabil og forutsigbar livsstil, identifisere personlige triggere og varseltegn for nye sykdomsfaser og ha et godt nettverk, kan pasienten få gode forutsetninger for et godt sykdomsforløp. Å utarbeide en individuell plan kan være særlig nyttig for pasienten.

Summary

Background: Patients with bipolar disorder may in many cases have difficulty getting control of the disease after being diagnosed it. The extreme mood swings not only leads to consequences for the individual's pattern of behavior, but also thought and emotion to them. On worldwide basis, bipolar disorder is among the diseases that cause the greatest disability among young people.

Issue: *"How can the patient with bipolar disorder type 1 live a best possible life?"*

Purpose: The purpose of this task is to gain a deeper understanding of how a nurse can help the "bipolar" patient with useful tips on how they can best live with the diagnosis in their everyday lives.

Method: This thesis is based on a systematic literature review.

Results: In order to learn to live with bipolar disorder, the patient may need help from the nurse to rewrite negative thoughts and feelings about having a serious mental illness. This means that the nurse helps the patient to accept the diagnosis, where it is required that the applicant violates any prejudice he may have against mental illness. Although bipolar disorder 1 should be understood as a chronic recurring disease, don't need be synonymous that the patient to a get poor quality of life. By incorporating a stable and predictable lifestyle, identify personal triggers and warning signs of new disease stages and have a good network, patients can get good conditions for a good healing. To develop an individual plan can be particularly helpful for the patient.

Innholdsliste

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.5 Oppgavens disposisjon	2
2.0 Begrepsmessig rammeverk.....	3
2.1 Sykepleieteoretisk tilnærming	3
2.2 Psykiatrisk sykepleie	3
2.3 Innenfrakunnskap og innenfraperspektivet.....	3
2.4 Bipolar lidelse 1: De ulike fasene	4
2.4.1 Mani.....	4
2.4.2 Depresjon	4
2.5 Sykepleieren i møte med den bipolare pasienten	5
2.5.1 Tilbakefallsforebyggende tiltak.....	6
2.5.2 Individuell plan	9
3.0 Metode.....	10
3.1 Litteraturstudie.....	11
3.2 Litteratursøk og valg av artikler	12
3.3 Resultat fra artiklene	13
4.0 Drøfting	14
4.1 Betydningen av det å akseptere seg selv og sykdommen	15
4.2 Løsningsbaserte tilnærminger	18
4.2.1 Tilpasning av livsstil.....	19
4.2.2 Symptomhåndtering.....	21
5.0 Avslutning	24
6.0 Referanser.....	I
7.0 Vedlegg: presentasjon av artikler.....	V

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet jeg har valgt til min bachelorgrad i helsefag er å finne ut hvordan pasienten med bipolar lidelse kan leve best mulig med sin sykdom. Valg av tema har sammenheng med opplevelser jeg gjorde meg som student ved en psykiatrisk avdeling. Den diagnosen som jeg bet meg ekstra merke i denne perioden var type 1 av bipolar lidelse. Her fikk jeg innblikk i sykdommens ulike aspekter, hvor det var spesielt en pasient med bipolar 1 jeg fikk stor medfølelse for. Møtet med undertegnede viste meg hvordan denne typen lidelse kunne spille inn på ens livskvalitet og velvære, spesielt den maniske sykdomsfasen. Pasienten i praksis kunne da føle på gradvis mangel på impuls kontroll, der hun plutselig viste brautende og ukritisk adferd. Dette kunne skape store konsekvenser for vedkommende i ettertid, der personen kunne angre veldig på handlingene som ble gjort i denne fasen. Det at pasienten var nylig blitt diagnostisert for lidelsen og relativt ung av alder, gjorde henne muligens ekstra sårbar for nye tilbakefall. Tatt pasientsituasjonen i betraktning, er formålet med denne oppgaven å være i stand til hjelpe pasienter i en lignende situasjon.

Ifølge Ødegaard., Høyersten & Fasmer (2012) finnes det omkring 50 000 mennesker som lever med bipolar lidelse i dagens Norge. Det tilsier rundt en prosent av Norges befolkning som lever med denne sykdommen, slik at denne diagnosen bør ses som aktuell innen sykepleien. I følge WHO (2001) er bipolar lidelse nummer fem blant de sykdommene i verden som forårsaker mest uførhet blant unge mennesker i aldersgruppen femten og førtifire år. Dette viser blant annet at bipolar lidelse også har samfunnsmessige kostnader ved seg.

Studier viser dessuten at personer med bipolar lidelse har økt risiko for tidlig død, noe som i hovedsak skyldes den økte tendensen til å begå selvmord. Mellom femten og tjue prosent av alle med bipolar lidelse dør av suicid, og dette tallet er høyere enn ved andre psykiske lidelser (Ødegaard, et al, 2012a).

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å få en dypere forståelse hvordan man som sykepleier kan hjelpe den «bipolare» pasienten med nyttige tips for hvordan vedkommende best mulig kan leve med diagnosen i hverdagen. Som fremtidig utdannet sykepleier ønsker jeg å få et større innblikk i hvordan pasienten opplever det å bli diagnostisert for denne lidelsen, og ikke minst finne ut hvordan en kan holde sykdommen på avstand basert på nyttige erfaringer pasienten selv kan gjøre seg.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen min lyder følgende: «Hvordan kan pasienten med bipolar type 1 leve best mulig med sin diagnose?»

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

I et sykepleieperspektiv kan denne problemstillingen tolkes ut i fra hvordan sykepleier kan legge gode strategier sammen med pasienten for å hjelpe ham eller henne til å klare å kontrollere lidelsen. Målet blir at pasienten skal opprettholde sin funksjon, altså lære å leve med den. Når det gjelder avgrensning og presisering av problemstilling velger jeg å fordype meg innen pasienter som har bipolar affektiv lidelse type en, som kan ha størst behov for oppfølging på bakgrunn av sine maniske tendenser. Primærfokuset mitt er å legge vekt på personer som ganske nylig er blitt diagnostisert, der kunnskapen om lidelsen kan være begrenset. Ved å gå gripe inn tidlig vil det i de flere tilfeller kunne begrense skadeomfanget pasienten kan komme til å møte på i fremtiden. Denne oppgaven er ment for å være til hjelp når sykepleier skal hjelpe denne pasientgruppen, for eksempel ved et distriktpsykiatrisk senter.

1.5 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven er delt inn i alt 5 kapitler som består av innledning, begrepsmessig rammeverk, metode, drøfting og avslutning. I innledningen har jeg beskrevet bakgrunn for valg av tema, presentert problemstilling og hensikt med oppgaven, samt presisert og avgrenset den aktuelle problemstillingen. Det begrepsmessige rammeverket inneholder sykepleieteoretisk tilnærming, definisjon hva psykiatrisk sykepleie er, beskrivelse av hva bipolar type 1 innebærer og bakgrunns litteratur om hvilke måter en kan tilpasse seg lidelsen på. Metodekapittelet dreier seg på sin side om hva metode er, litteratursøk om hvordan en har kommet frem til relevant litteratur og presentasjon av studier. I drøftedelen har jeg satt forskning og bakgrunns litteratur opp i mot hverandre, som bunner ut i en avslutning.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Sykepleieteoretisk tilnærming

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Ida Jean Orlandos modell om det «dynamiske sykepleier-pasient-forhold». Orlandos teori, som ble lagt frem i 1961, innebærer at sykepleieren skal observere pasientens behov eller problemer, hjelpe vedkommende til å uttrykke disse og stimulere han eller henne til å utforske hvordan eventuelle vansker kan avhjelpes. Orlando peker på at sykepleieren må forstå hva situasjonen betyr for pasienten og hvilken mening han gir den. Videre understreker hun at sykepleieren må forstå hvordan hun eller han selv reagerer, og hvordan disse reaksjonene påvirker pasienten. Sykepleieren har som oppgave å bidra til at pasienten får tilfredsstilt for sine behov og at vedkommende skal oppleve størst mulig velbefinnende under et opphold på institusjon eller sykehus. Orlando mener at sykepleieprosessen består av tre elementer: pasientens adferd, sykepleierens reaksjon på pasientens adferd og sykepleiers handlinger for å hjelpe vedkommende (sitert i Hummelvoll 1984, s. 54).

2.2 Psykiatrisk sykepleie

Psykiatrisk sykepleie kan ifølge Hummelvoll (2012) defineres som en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk prosess. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derfra løse eller redusere hans eller hennes helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, skal sykepleieren opptre som omsorgsgiver og talsmann for pasienten. Sykepleieren har også et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap (Hummelvoll, 2012).

2.3 Innenfrakunnskap og innenfraperspektivet

Innenfrakunnskap eller kontekstuell kunnskap kan ifølge Bøe & Thommassen (2007) defineres som kunnskapen den enkelte har på bakgrunn av ens egne opplevelser, erfaringer og refleksjoner over det liv han eller hun opplever. Bøe & Thommassen (2007) hevder at denne kunnskapen bør ha en sentral plass for psykisk helsearbeid. Innenfraperspektivet åpner for at den enkelte kan sette ord på det vedkommende opplever og det som skjer på en måte som gir mening og håp. Også fagfolk i et innenfraperspektivet må også være åpne og villige til å delta i slike situasjoner (Bøe & Thommassen, 2007).

2.4 Bipolar lidelse 1: De ulike fasene

Bipolar lidelse type 1 er det man før i tiden kalte manisk depressiv lidelse. I følge Skårderud Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, (2010) kan bipolar lidelse beskrives som en stemningslidelse hvor det i noen faser foreligger både senket og forhøyet stemningsleie. Depresjonene ved bipolar lidelse type 1 er ofte alvorlige, mens i maniene kan personen totalt miste virkelighetsoppfatningen (Hummelvoll, 2012). Poenget med bipolar lidelse er ikke bare at diagnosen er påvirker handlingsmønsteret, tenkemåten og følelseslivet. Den kan også få dramatiske følger for egen sikkerhet og relasjoner til familie og venner, samt utdanning, yrke og personlige økonomi (Ødegaard, Syrstad & Ødegaard, 2012b). Det viser seg imidlertid at mange som er diagnostisert for bipolar lidelse i mange tilfeller kan ha et hat-elsk-forhold til sykdommen. I mange tilfeller kan pasienten sette pris på den berusede effekten man opplever ved maniske periodene. På den andre siden opplever en desto større nedtur i forbindelse med den depressive fasen (Eknes, 2006).

2.4.1 Mani

Mani er en tilstand som kjennetegnes ved at energi- og aktivitetsnivået til personen øker betraktelig. Evnen til kritisk vurdering av konsekvenser av personens egne handlinger er i denne fasen betydelig svekket, hvor veien fra ord til handling er kortere enn ved normale omstendigheter (Eknes, 2006). I ytterste konsekvens kan pasienten i den maniske fasen skape alvorlig trøbbel for seg selv. Dette gjennom at personen for eksempel engasjerer seg i lite gjennomtenkte sosiale relasjoner, opptre ukritisk i jobb og privat, bruker rusmiddel ukontrollert eller har et ukritisk stort pengeforbruk (Helsedirektoratet, 2000). I maniske perioder viser personen også symptomer i form av at pasienten kan kraftig redusert behov for søvn, være direkte og manipulativ i talen og vise dårlig konsentrasjonsevne med mer (Eknes, 2006).

2.4.2 Depresjon

I den depressive fasen av bipolar lidelse opplever imidlertid pasienten motsatt effekt. Typiske symptomer er at pasienten har et betydelig nedsatt aktivitetsnivå, viser manglende initiativ og er preget av tretthetsfølelse. Pasienten kan oppleve nedstemthet i form av tap av tidligere gleder og interesser, føle skyld og se seg selv som verdiløs (Snoek & Engedal, 2008). Ved alvorlig depresjon kan det dessuten være fare for pasientens liv og helse, der risikoen for suicid er økende. Denne typen depresjon i kombinasjon av tidligere selvmordsforsøk, selvmordstanker, søvnløshet og psykotiske symptomer i form av vrangforestillinger, er særlig disponerende faktorer for selvmord (Ødegaard et al., 2012b).

2.5 Sykepleieren i møte med den bipolare pasienten

Hvor omfattende en bipolar lidelse blir for pasienten, vil være avhengig av i hvilken grad av sykepleieren makter å forstå og sykepleiers evne til å nærme seg pasientens selvforståelse og hvordan han eller hun opplever sin situasjon (Hummelvoll, 2012). Dette innebærer at sykepleier setter seg inn i pasientens situasjon og prøver å forstå vedkommende sitt følelsesliv.

Når man som sykepleier skal skape en god forståelse med den bipolare pasienten er det helt avgjørende å få en relasjon med pasienten gjennom samtale. I samtalen hjelpes pasienten til å gjenkjenne følelser som ligger under stemningsforstyrrelsen. Ved å la pasienten snakke fritt om følelser, kan pasienten få større innblikk i egen lidelse (Krogh, 2005). Informasjonen pasienten kan komme med, livshistorie med mer, kan være essensielt når sykepleier skal utvikle samarbeid med pasienten. For å skape en best mulig relasjon med pasienten er det mest gunstig at han eller hun enten har lagt bak seg en manisk episode eller befinner seg i en depressiv fase.

Etter å ha gjennomgått en manisk fase er det nemlig slik at pasientens selvinnsett kommer tilbake, hvor mange av pasienter innser hva de kan ha sagt og gjort i den maniske fasen. Mange av pasientene reagerer med skam og fortvilelse etter disse periodene, der pasienten kan ha et større behov for å dele sine følelser. I de depressive fasene av bipolar lidelse kan pasienten føle en stor grad av tristhet. Personen kan skamme seg over å være svak og se på depresjonen som et svakhetstegn i seg selv (Eknes, 2006).

I den depressive fasen er det viktig at sykepleier viser mest mulig sympati i forhold til pasientens situasjon, der man viser forståelse for hvor vanskelig det er å være deprimert. Det er også viktig å ha et annet syn på situasjonen enn det pasienten har. Pasienten kan for eksempel ha behov for å få gjentatte forsikringer om at det tross alt kommer til å bli bedre, i håp for fremtiden (Eknes, 2006).

Pasientene kan som et resultat av sykdomsfasene beskrive sine følelser som ustabile, uforutsigbare og svingende. I motsetning til depressive faser, kan maniene oppleves som en god subjektiv følelse. Denne følelsen kan i mange tilfeller sammenlignes en forelskelse, der personen får en euforisk følelse. Eufori menes med at man umotivert plutselig føler oppstemthet, glede og velbehag (Eknes, 2006).

I maniske faser opplever pasienten dessuten at tanker kan rase, hvor man får en masse av nye ideer og tanker. Storhetstanker og overvurdering av egne evner kan da forekomme, der man setter i gang prosjekter som andre kan vurderer som farlige og urealistiske. Symptomene kan oppleves som både fremmede og ubehagelige, der man kan fort bli forvirret og ukonsentrert som et resultat av unormal høy hjerneaktivitet. Mange kan føle at de har en ekstra motor koblet til seg, hvor de oppfatter menneskene rundt seg som trege i forhold (Eknes, 2006).

2.5.1 Tilbakefallsforebyggende tiltak

Spørsmålet en bør stille seg er hva en kan gjøre konkret for å bedre livssituasjon til pasienten det gjelder. Dette kan dreie seg om å akseptere lidelsen, identifisere tegn på varselsymptomer, tilpasse livsstil og unngå faktorer som trigger sykdommen. Familie og andre pårørende bør også inkluderes i pasientens bedringsprosess.

For å dempe lidelsen vil det være nødvendig at sykepleier viser empatisk innlevelse og har faglig innsikt i hvilke tiltak som kan hjelpe pasienten gjennom vanskelige episoder. Ifølge Ødegaard et al. (2012b) er ikke alle strategier like konstruktive, hvor mestringsstrategiene bør utvikles på grunnlag av pasientens egne erfaringer. For å leve best mulig med sykdommen er kan det derfor være nødvendig å gå gjennom prosess, der pasienten der man finner frem til de beste mestringsstrategiene basert på egne erfaringer gjennom prøving og feiling (Ødegaard et al., 2012b).

Støttesamtaler

I følge Snoek & Engedal (2008) kan støttesamtaler kan være en god samtalestrategi i møtet med pasienten. Denne typen samtale skiller seg ut fra andre terapeutiske samtaler ved at den har en mer løsningsfokusert tilnærming. I stedet for at en graver og leter etter forklaringer og sammenhenger i forbindelse med pasientens forhistorie, hjelper en i stedet pasienten med å finne bedre løsningsstrategier for sine livsproblemer her og nå. Støttesamtaler retter seg mot pasientens subjektive opplevelser, hvor sykepleier hjelper pasienten til å tilpasse sitt nye funksjonsnivå på. Sammen med psykofarmaka og annen medikasjon, vil støttesamtaler i de fleste tilfeller føre til at den bipolare pasienten kan leve normalt på tross av sin diagnose (Snoek & Engedal, 2008).

Akseptasjon av egen sykdom

For at pasienten skal kunne leve best med bipolar lidelse, vil det være nødvendig at sykepleier hjelper pasienten med å erkjenne vanskene knyttet til bipolar lidelse i stedet for at vedkommende benekter dem. Ifølge Ødegaard et al. (2012b) viser det seg vanskelig for pasienten å akseptere at han eller hun har bipolar lidelse. Når derimot pasienten først velger å akseptere diagnosen, ikke lar seg overvelde av den og får mer kunnskap om sykdommen vil vedkommende ha bedre forutsetninger til å få kontroll over livet sitt (Eknes, 2006). For at pasienten letter skal kunne akseptere sin sykdom vil det ofte være nødvendig at sykepleier hjelper pasienten med å bryte tidligere fordommer han eller hun muligens kan ha til psykiske lidelser. Det er viktig at sykepleier oppklarer at bipolar lidelse er en biologisk sykdom, der sykdommen ikke bør forveksles med pasientens personlighet (Ødegaard et al., 2012b).

Identifisering av tegn på varselsymptomer

Pasienten bør dessuten være bevisst på seg selv og sine symptomer for å oppnå symptombedring. Det viser seg at de pasientene som har lært å gjenkjenne svingninger og tidlige varselsymptomer hos seg selv, har den beste prognosen (Krogh, 2005)

Vanligvis utvikles de maniske symptomene seg gradvis over tid, hvor det finnes både tid og muligheter til å kunne avbryte eller begrense en del manier. Tidlige tegn på mani hos personer med bipolar lidelse kan imidlertid variere fra person til person (Eknes, 2006). Det er derfor viktig at sykepleier hjelper pasienten til å beskrive hvilke tidlige tegn som er spesielt kjennetegnet for pasienten i forkant av en manisk episode.

Redusert behov for søvn og økt energi knyttet til aktivitet er blant de hyppigst beskrevne tegnene hos pasienten i forkant av manisk fase. En del bipolare pasienter sier også at føler på økt glede og blir lettere irritert og ha mindre tålmodighet enn tidligere idet man var på vei inn i denne typen fase. Andre hyppige tegn var også at pasientene ble mer kontaktsøkende, viste større selvtillit og mer optimisme enn normalt (Eknes, 2006). En strategi kan være å anbefale pasienten om å trekke seg tilbake og unngå mest mulig stimuli en periode, dersom vedkommende føler at han eller hun er på vei inn i en ny sykdomsfase (Ødegaard, et al., 2012b).

Tilpasning av livsstil

Blant de mest forebyggende bidragene for å forebygge nye episoder av mani og depresjon, alvorlighetsgrad og hyppighet, er å hjelpe pasienten med å forstå betydningen av en balansert livsstil. Å tilpasse livsstilen med gode rutiner og stabile hverdagsmønstre viser seg ikke bare å være forebyggende for mani, men også for depresjon (Eknes, 2006). For å kunne holde pasientens stemningsleie stabilt over tid, vil det ofte være nødvendig at sykepleier samarbeider med pasienten om hvordan han eller hun kan regulere aktiviteter og stimuli (Krogh, 2005). For den bipolare pasienten vil det å tilpasse livsstilen i midlertidig virke lite fristende, før vedkommende har erfart fordelene med det. På bakgrunn av dette er det viktig at sykepleier som i dette tilfellet blir terapeuten, fremfører dette budskapet på en måte pasienten ikke føler seg overkontrollert, noe som kan svekke tillit mellom partene (Eknes, 2006).

Søvnregulering

Ifølge Eknes (2006) er personer med bipolar lidelse spesielt sårbare for endringer i søvnsykluser, hvor selv små endringer i rytmen kan slå uheldig ut. Mangel på søvn viser ikke bare tidlige tegn på nye sykdomsepisoder hevder Holsten & Bjorvatn (2012), men kan også utløse dem. Regulering av døgnrytmen har ifølge Morken (2012) både effekt ved bipolare depresjoner og oppstemte perioder. Det kan derfor være lurt å lage faste rutiner sammen med pasienten for når vedkommende skal sove og stå opp, helger som ukedager (Eknes (2006). Sykepleier bør dessuten oppfordre pasienten til å holde døgnrytmen stabil, uavhengig av hvilken sykdomsfase han eller hun befinner seg i (Morken, 2012). Å avtale med pasienten om å gå inn for benyttelse av sovemedisin inntil døgnrytmen stabiliseres, kan være en strategi (Bjørndal, 2004).

Stresshåndtering

Ifølge Eknes (2006) kan stressende forhold og påkjenninger kunne utløse nye episoder av mani og depresjon. I forhold til hvordan pasienten reagerer på stress, kan det imidlertid være store individuelle forskjeller mellom folk med diagnosen. I en stressende situasjon vil for eksempel kunne reagere med å utvikle depressiv episode, mens en annen reagerer på samme situasjon ved å utvikle en manisk episode. Hendelser som de fleste vil oppfatte som negative, kan ifølge Eknes (2006) utløse både mani og depresjon. Som sykepleier bør man kartlegge hva pasienten kan oppleve som negativt stress. Ifølge Bjørndal (2004) bør man for eksempel kartlegge stresset pasienten opplever i sin jobb, der pasienten bør anbefales om å gå ned i

stilling eller skifte jobb dersom arbeidsstresset blir for stort. For bipolare pasienter er det viktig å leve et så forutsigbart liv som overhodet mulig (Bjørndal, 2004). For å klare det bør sykepleier oppfordre pasienten til å opparbeide en jevn rytme, hvor man fordeler arbeidsomfang og gjøremål likt utover i uken (Eknes, 2006).

Bruk av stimulerende midler

Som sykepleier bør man anbefale pasienten å stanse / redusere bruken av rusmidler. I følge Morken (2012) kan selv moderat eller gjennomsnittlig bruk av alkohol medføre økt risiko for nye episoder med mani og depresjon. Her bør en hjelpe pasienten med å veie for og imot bruk av rusmidler, i håp om at vedkommende skjønner alvoret. En bør dessuten anbefale pasienten å begrense bruken av koffein og sigaretter, som kan føre til oppstemte perioder (Morken, 2012). I forhold til rusbruk er den viktigste oppgaven for sykepleieren å fraråde pasienten på det sterkeste å ta i bruk narkotiske stoffer, som er ødeleggende for pasientens motivasjon til å få kontroll over diagnosen (Eknes, 2006).

Sosial støtte

Det å oppleve sosial støtte virker både forebyggende og behandlende for pasienter med bipolar lidelse, først og fremst når pasienten er i en depressiv fase av sykdommen. Å treffe familie og venner regelmessig er forebyggende for stemningsskifter (Eknes, 2006). En god allianse med nære pårørende kan for eksempel hjelpe pasienten til å gjenkjenne varselsymptomer på begynnende depressive og maniske faser (Bjørndal, 2004).

2.5.2 Individuell plan

Å få utarbeidet en individuell plan kan hjelpe pasienten til å ivareta egenomsorg. Planen skal ha som formål å stryke pasientens innflytelse over egen situasjon. Helse- og sosialtjenestene i kommunen og spesialhelsetjenesten skal da samarbeide seg i mellom, i lag med pasienten og eventuelt pårørende i arbeidet med å lage en slik plan. Planen skal kartlegge behovet for psykiatrisk behandling og tjenester som vil hjelpe pasienten å mestre lidelsen slik at han eller hun får et meningsfylt liv. Ofte er det nyttig å ta med en såkalt kriseplan som beskriver hvilke tiltak som skal settes i verk dersom pasienten får varseltegn på depresjon eller oppstemthet. Pasientens pårørende bør også bli orientert om planen videre (Aarre & Bugge, 2008).

3.0 Metode

En metode kan ifølge Dalland (2012) defineres som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer, der man kommer frem til ny kunnskap. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Målet er å vite hva metode er og hvilke krav som stilles til bruk av metode, forstå kjennetegn på kvantitative og kvalitative metoder og forstå sammenhengen mellom problemet som skal løses og valget av metode. En skal også kunne vite hvilke krav du må stille til data i håndtering av metoden. (Dalland, 2012).

Det finnes to varianter av metode. Både kvalitativ og kvantitative metoder fører på forskjellige vis at man får innsikt i det samfunnet en lever i når det gjelder hvordan enkeltindivider, grupper og institusjoner handler og samhandler. Likevel er det betydelige forskjeller mellom metodene (Dalland, 2012).

På den ene siden har man den kvantitative metoden som gir målbare enheter i form av statistikk. Dersom en forskningsstudie benytter den kvantitative metoden, går forskeren bredt ut der han eller hun for eksempel ønsker å finne ut hvor stor prosent av en populasjon som er avhengig av sosialhjelp. Den er også mer systematisk der det benyttes verktøy som for eksempel spørreskjema med faste svaralternativer. Kvantitativ metode kjennetegnes dessuten ved at datasamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet. I forskningsprosessen ser forskeren fokus på et fenomen utenfra, hvor forsker og undersøkelsesperson har et såkalt «jeg-det-forhold» (Dalland, 2012).

Den kvalitative metoden baseres derimot ikke på tall, men tar for seg intervjuobjektens subjektive meninger og opplevelser. Ved kvalitativ metode går forskeren dessuten mer i dybden, der undertegnende er i direkte kontakt med feltet. Formålet er å få frem det spesielle og det som er avvikende i forhold til det enkelte fagfeltet. Forskeren ser her fenomenet innenfra, og etablerer et «jeg-du forhold» med intervjuobjektet. Intervjueren stiller her åpne spørsmål, noe som gjør at man klarer å få frem et større og bredere helhetsbilde enn ved den kvantitative formen (Dalland, 2012).

I forhold til min problemstilling passer den kvalitative metoden best. Når det gjelder søk av forskningsartikler har samtlige av de artiklene jeg har funnet interessante benyttet seg av den kvalitative metoden. At jeg finner flest kvalitative studier er kanskje ikke så overraskende i og med at jeg ønsker å finne ut pasientens subjektive opplevelser rundt det å leve med denne sykdommen.

3.1 Litteraturstudie

Når en skriver oppgaver er det svært vanlig å benytte seg av litteraturstudier som metode. Som andre oppgaver består en litteraturstudie seg av bakgrunn, hensikt, problemstilling og metodevalg med mer, hvor informasjonskilden i innsamlingen av data baseres på litteraturen man finner relevant (Olsson & Sørensen, 2003).

Forutsetningen for å gjennomføre en systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan understreke vurderinger og konklusjoner som blir gjort. Innsamlingslitteraturen bør helst bestå av fem til seks vitenskapelige artikler eller andre relevante rapporter (Olsson & Sørensen, 2003).

I henhold til læreplanen skal bacheloroppgaven bygges opp systematisk. En systematisk litteraturstudie kan defineres som en studie der baserer seg på et klart formulert spørsmål, hvor spørsmålet har som videre formål å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Litteraturen skal her vurderes på analyserende og kritisk grunnlag, for å få frem det spesielle (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

Kildekritikk er et krav når en skal skrive bacheloroppgave. I følge Dalland (2012) skal en stille seg kritisk til det kildematerialet en bruker i oppgaven og belyse hvilke kriterier man benytter seg under utvelgelsen av kilder. Samtidig som leseren forstår hvilken type kilder en har benyttet, må forfatteren overbevise om at kildene er tilstrekkelige til å besvare problemstillingen. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få et innblikk i refleksjonen en har gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2012). Studiene jeg har funnet, har jeg vurdert prøvd så godt det har latt seg gjøre, opp i mot sjekklister for kvalitativ forskning fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). Samtlige artikler er engelske, som kan gi rom for små feiltolkninger. Men disse har jeg prøvd å vurdert så nøye som mulig.

I utarbeidingen av en systematisk litteraturstudie, må en også gjøre etiske overveielser. Innen forskning skal det ikke forekomme fusk, juks og plagiat. Forfatteren skal også velge studier som har blitt godkjent og vurdert av etisk komite (Forsberg & Wengstrøm, 2008). I arbeidet med bacheloroppgaven har jeg hovedsakelig benyttet meg av primærkilder, hvor jeg har unngått å gjøre for mye om på forfatternes tekst. Jeg har også forsikret meg om at studiene jeg har benyttet er vurdert av etiske komiteer.

3.2 Litteratursøk og valg av artikler

I oppgaven har jeg benyttet meg av pensumlitteratur, faglitteratur og forskningsartikler som har relevans for min problemstilling. Når det gjelder søk av pensum- og faglitteratur har jeg brukt skolens skolebibliotek hyppig, hvor jeg blant annet fant nyttig faglitteratur som «Mani og depresjon» av Eknes (2006) og «Bipolare lidelser» av Haaver, Ødegaard & Fasmer (2012) ved å bruke søkeordet «bipolar» i høgskolens bibliotek-database.

Ved søk på forskningsartikler har jeg i hovedsak benyttet meg av Cinahl, hvor jeg søkte på «Bipolar», «Bipolar+well», «Bipolar+wellness», «Bipolar+self management», «Bipolar+impact+long term» og «bipolar+high function». Jeg har i tillegg prøvd ProQuest og PubMed, men der var ikke søkeresultatene tilfredsstillende nok. I artiklene ser jeg etter pasientenes subjektive opplevelser i møtet med/etter å ha fått påvist bipolare lidelse (1), og hvordan pasienten selv kan håndtere lidelsen (2). Hovedkriteriet for valg av studier var at de måtte være publisert mellom 2003 og 2013. I alt har jeg benyttet fire studier, hvor studien til Suto et al. (2009) var den eneste artikkelen som ble funnet ved hjelp av faglitteratur, der jeg søkte på tittelen i google scholar.

Søkeord	Søkemotor	Antall treff	Studier benyttet i oppgaven
Bipolar	Cinahl	29 744	0
Bipolar+Well	Cinahl	2619	0
Bipolar+Wellness	Cinahl	12	Artikkel (2): «Staying well with bipolar disorder»
Bipolar+self management	Cinahl	56	Artikkel (1): «What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder».
Bipolar + self-managament + high function	Cinahl	2	0

Bipolar + Impact + long term	Cinahl	85	Artikkel (1): “Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder”
------------------------------	--------	----	---

3.3 Resultat fra artiklene

What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar (Proudfoot., J., Parker., G., Benoit., M., Manicavasagar., V., Smith., M., & Gayed., A. 2009)

I denne studien ble personer som nylig var blitt diagnostisert med bipolar lidelse intervjuet. Her kom det frem at det i mange tilfeller kan være vanskelig for pasienten å mestre ubehagelige symptomer, identifisere varselsignal og se hvilke triggerfaktorer som kan utløse nye sykdomsperioder ved bipolar lidelse. Andre funn i denne artikkelen var at personene følte på usikkerhet rundt egen fremtid, oppleve stigmatisering og tap av selvfølelse, noe som ga særlige bekymringer.

- Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder (Crowe., M., Inder., M., Carlyle., D., Wilson., L., Whitehead., L., Panckhurst., A., O’Brien., A., 2012)

Informantene i denne studien uttrykte at bipolar lidelse kunne ha en meget forstyrrende effekt på livet deres, der det var lett å føle seg overveldet, føle mangel på selvbestemmelse og se seg selv som mislykket. Også i denne studien kom det frem at det kunne være vanskelig å håndtere symptomene, spesielt knyttet til mani, der en kunne ha mange samlivsforhold, ha overforbruk av penger og ha mange overambisiøse tanker om fremtiden. Selv om episoder av mani ble relatert til tilfredsstillelse, var denne nokså kortvarig av art. Maniene førte med seg at en ikke kunne følte kontroll på sine handlinger lenger. Mens maniske episoder ble assosiert med flauhet og skam, ble depresjon knyttet til negative tanker om seg selv. En del fryktet å fortelle om at de hadde bipolar lidelse, på grunn av deres fordommer knyttet til symptomene ved lidelsen, der en kun fortalte om sykdommen til noen få de en stolte på. Mangel på forståelse av symptomer, gjorde at pasientene opplevde stigma.

- Staying well with bipolar disorder (Russel & Browne, 2005)

I denne studien ble det pekt på forskjellige faktorer som bidro til at informantene klarte å holde lidelsen på avstand og oppleve god livskvalitet på tross av lidelsens alvorlighetsgrad. Strategiene som ble sett på som viktige var å akseptere diagnosen, lære om den, identifisere triggere og varselsignal, få nok søvn, håndtere stress og benytte støttenettverk. Spesielt var det viktig å gi sykdommen bipolar lidelse nødvendige oppmerksomheten og utarbeide en såkalt «stay-well-plan» i å håndtere symptomene ved den.

- What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts (Suto, Murray Hale, Amari, Michalak, 2009)

I denne artikkelen ble følgende strategier sett på som viktige for å håndtere bipolar lidelse: innarbeide en sunn livsstil (1), overvåke seg selv og symptomene (2), utarbeide en individuell plan (3), forstå bipolar lidelse som fenomen (4) og betydningen av å ha kontakt med andre (5).

4.0 Drøfting

Min problemstilling dreier seg som tidligere nevnt om hvordan den bipolare pasienten kan leve best mulig med sin lidelse. I drøftedelen har jeg valgt å ta utgangspunkt i kunnskapen den enkelte pasient danner seg på bakgrunn av sine egne opplevelser, erfaringer og refleksjoner over det livet han eller hun lever (Bøe & Thommassen, 2007). I sammenheng med Bøe & Thomasens (2007) teori passer Ida Jean Orlandos modell om det «dynamiske sykepleier-pasient-forholdet» godt inn. Orlandos modell peker på at sykepleier må forstå hva pasientens situasjon betyr for vedkommende og hvilken mening han eller hun gir den. Videre må sykepleier observere pasientens behov eller problemer, hjelpe pasienten til å uttrykke disse og stimulere han eller henne til å utforske hvordan eventuelle vansker best kan avhjelpes (Hummelvoll, 1984).

Sett utenfra vet jeg at bipolar lidelse 1 kan spille en rolle for pasientens livskvalitet og funksjonsnivå. Dog har jeg begrenset kjennskap når det gjelder å forstå hva pasienten selv tenker og føler rundt det å med sykdommen. Som problemstillingen forteller, er jeg spesielt ute etter hvilke strategier som er kan være avgjørende for at pasienten skal kunne leve i best mulig samspill med sykdommen.

I startfasen kan det være lurt å undersøke sammen med pasienten hvordan han eller hun responderer på sykdommen, som samsvarer med Orlandos teori. I følge Crowe, Inder, Carlyle, Wilson, Whitehead, Panckhurst, O'Brien & Joyce (2012) kan det å forstå hvilken innvirkning bipolar lidelse har på individet gi gode forutsetninger for sykepleiere og annet helsepersonell når de skal utvikle samarbeidende behandlingsstrategier i møtet med pasienten.

Pasienten vet selv best hva han eller hun tenker og føler som problematisk rundt det å ha en psykisk lidelse, noe sykepleier bør ta til etterretning når en skal hjelpe vedkommende. For å kunne bidra til at pasienten får et best mulig liv er det nødvendig at sykepleieren først får en relasjon med pasienten gjennom samtale, en relasjon som må bygges på tillit. Gjennom samtaler hjelper man pasienten å identifisere vanskelige følelser som kan ligge under stemningsforstyrrelsen, der pasienten kan få en større forståelse for den aktuelle diagnosen som begrep sier Krogh (2005).

Når det gjelder «sykepleier-pasient-forholdet», bør dette ifølge Hummelvoll (2012) bygges opp som et samarbeidende og forpliktende fellesskap. Men hva kan forstås med et samarbeidende og forpliktende fellesskap egentlig? I Crowe et al.(2012) sin studie kom det frem til at møtet med helsetjenesten kan oppleves som belastende for pasienten med lidelsen. Crowe et al. (2012) sin studie uttrykte at pasienten i en del tilfeller følger direktivene helsepersonell gir dem, uten egentlig å være klar over hva en går til. Dette minner lite om et samarbeidende fellesskap fordi pasienten kun blir en passiv mottaker for hjelp. Orlandos teori sier at pasienten i stedet bør involveres mer i prosessen, hvor vedkommende bør bli stimulert for hvordan hans eller hennes problemer kan avhjelpes (Hummelvoll, 1984).

4.1 Betydningen av det å akseptere seg selv og sykdommen

Ifølge Proudfoot, Parker, Benoit, Manicavasagar, Smith & Gayed (2009) er det en del som i første øyekast kan avvise bipolar lidelse etter å ha fått påvist den. Sammen med å uttrykke mistro, sjokk og sinne, uttrykte informantene i denne studien at avvisning er en vanlig reaksjon etter å ha fått denne typen beskjed. I Proudfoot et al. (2009) sin studie kom det frem at enkelte faktisk velger å benekte diagnosen selv om en i mange tilfeller er klar at man har ekstremt varierende endringer i stemningsleie. For at pasienten skal kunne leve best mulig med sin lidelse hevder Ødegaard et al. (2012b) at det er nødvendig å endre en slik tankegang. Dersom pasienten ignorerer bipolar lidelse og lar den akselerere fritt, bør sykepleier være gripe inn.

At pasienten først velger å akseptere sin diagnose kan det fra sykepleierens ståsted tolkes at pasienten er klar og motivert nok til konfrontere diagnosen. Muligens må pasienten gjennom flere maniske episoder og konsekvensene disse kan medføre, før vedkommende realiserer viktigheten av å ta bipolar lidelse på alvor. Siden akseptasjon av diagnosen synes å være av stor betydning for å leve bra med bipolar lidelse, bør sykepleieren sammen med pasienten kartlegge hvilke forhold som gjør det spesielt vanskelig for han eller henne å akseptere diagnosen.

Selv etter at man har fått påvist diagnosen, viser det seg altså at enkelte ofte venter med å konfrontere diagnosen (Proudfoot et al., 2009). Å akseptere en slik diagnose kan på mange være lettere sagt enn gjort. Som alle andre kan pasienten med bipolar lidelse for eksempel ha motforestillinger i synet på det å ha psykisk lidelse (Ødegaard et al., 2012b). Pasienten kan både ha fordommer selv og anta at andre har det, noe som kan oppleves som vanskelig. I Crowe et al. (2012) sin studie var det en informant som uttrykte at depresjon i seg selv syntes å være sosialt akseptabelt i samfunnet. I motsetning var det å fortelle at man hadde bipolar lidelse det samme som å tilstå at man var gal, mente informanten i studien.

Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) mener i midlertid at bipolar lidelse først og fremst skal forstås som en stemningslidelse, og ikke en sinnslidelse. På en annen side kan bipolar lidelse lett misoppfattes av allmennheten. Under de maniske fasene kan for eksempel pasienten miste realitetsforankringen ved å bli psykotisk sier Hummelvoll (2012). På bakgrunn av disse fordommene må de maniske symptomene unngås. Dette på tross av at maniske fasene kan gi undertegnende en god subjektiv følelse (Proudfoot et al., 2009).

I følge og Proudfoot (2009) knytter det seg dessuten mye skam og forlegenhet hos pasientene, noe maniske perioder i hovedsak fremkaller. Eknes (2006) bekrefter at maniske perioder kan sette i gang slike følelser, hvor en i mange tilfeller innser hvilke ukloke beslutninger man kan ha gjort i denne typen faser. Pasienten kan oppleve nedstemthet i form av å føle skyld og se seg selv som verdiløs (Snoek & Engedal, 2008). Slike reaksjoner er noe som blant annet kom frem i min praksissituasjon, der pasienten nettopp bebreidet seg selv for de ukloke beslutningene hun hadde en tendens til å utøve i mani.

Å fremme pasientens selvrespekt kan derfor være et viktig fokusområde for sykepleier, noe som igjen kan bestemme om pasienten aksepterer den bipolare lidelse eller ei. At sykepleieren hjelper pasienten med å oppnå selvrespekt inngår dessuten som et viktig element i det som

Hummelvoll (2012) definerer som psykiatrisk sykepleie. I tilfeller hvor pasienten har slike fordomsfulle tanker som beskrives i Crowes (2012) studie, bør sykepleier straks gripe inn.

At pasienten kan sette spørsmålstegn ved seg selv og reagere med depresjon i slike sammenhenger, bør sykepleier vise forståelse for. Dersom skam og forlegenhet overskygger pasientens selvrespekt, kan pasienten ha behov for å få gjentatte forsikringer fra sykepleier om at han eller hun ikke kan bebreides for egen tilstand. Ifølge Ødegaard et al. (2012b) bør nemlig bipolar lidelse ikke forveksles med hvem man er fordi lidelsen skyldes biologiske faktorer, og ikke personlig svakhet som mange pasienter kan oppfatte. I Russel & Browne (2005) sin studie tyder det på at de som unngår å forbinde sykdommen opp mot personlige egenskaper, har større forutsetninger til å fungere bra med bipolar lidelse. Informantene i denne studien uttrykte at de verken forbandt sykdommen med hverken tap av karakter eller som tegn på personlig svakhet.

I samme grad som pasienten kan benekte bipolar lidelse, bør det også nevnes at pasienter reagere med lettelse etter å ha fått den «rette» diagnosen, kommer det frem i Proudfoot et al. (2009) sin studie. Dette gjaldt på en annen side de som hadde slitt med symptomer i årevis, og var lettet på bakgrunn av at symptomene deres endelig hadde fått seg et navn.

I praksis tyder dette på at den nylig diagnostiserte pasienten kan trenge tid for å bearbeide tanker og følelser, før vedkommende er eventuelt klar til å konfrontere lidelsen. Proudfoot et al. (2009) antyder at pasienten nødvendigvis må gå gjennom flere sykdomsepisoder før en velger å akseptere sykdommen, noe som bør ses på som en forutsetning for å kunne leve bra med bipolar lidelse.

4.2 Løsningsbaserte tilnærminger

En annen forutsetning for kunne leve godt med diagnosen bipolar lidelse er det en stor fordel at pasienten ikke la seg overvelde av diagnosen, hevder Eknes (2006). At pasienten ikke lar seg overvelde av for eksempel maniske sykdomsperioder, kan i midlertidig være svært utfordrende. Pasienterfaringen jeg gjorde meg i praksis viste nemlig at det kunne være vanskelig å få tilbake selvkontrollen dersom sykdommen først fikk overtaket, noe Crowe et al.(2012) også bekrefter.

I Crowes studie ble det beskrevet at lidelsen kunne ha en sterk forstyrrende og invalidiserende effekt der en kunne oppleve manglende kontroll over aspektene ved ens liv. Særlig i tenårene og i tidligere tjueår hevdet informantene i denne studien at det var spesielt lett å komme i mani, der de blant annet kunne finne på å bruke penger en ikke hadde og drive annen negativ selveksponering. I følge Russel & Browne (2005) kan økende styrke på mani i denne livsperioden forklares med hormonelle forstyrrelser, som kan være en trigger i seg selv for mani. Dette kan bekrefte pasientopplevelsen min i praksis, der pasientens alder godt mulig gjorde henne ekstra sårbar for sykdomsutbrudd.

Hva som begrenser personen med bipolar lidelse er ganske godt dokumentert i litteraturen. Ifølge Suto, Murray, Hale, Amari & Michalak (2009) er det derimot lite kunnskap om hvordan pasienten håndterer sykdommen med hell. Eknes (2006) formidler det er viktig å vise sympati og forståelse for pasienten i den situasjonen vedkommende befinner seg i. Samtidig er det også viktig å prøve å hjelpe pasienten til å tilpasse sitt nye funksjonsnivå, for eksempel gjennom støttesamtaler (Snoek & Engedal, 2008). Dette innebærer at sykepleier observerer pasientens behov og problemer, samtidig som en hjelper vedkommende å best mulig løse disse vanskene som beskrives i Orlandos teori (Hummelvoll, 1984).

Det er naturlig at pasienter som nylig har fått påvist bipolar lidelse og dermed kan ha begrenset kunnskap om den, stiller spørsmål. I og med at informantene i Proudfoot et al. (2009) forstod bipolar lidelse som en tilbakevendende og kronisk lidelse, lurte flere på om man noen gang kunne leve et normalt liv igjen og hva de eventuelt kunne forandre på i måten å leve livet. Studiene til Suto et al. (2009) og Russel & Browne (2005) er gode beviser på at det ikke er umulig å leve godt og selvstendig liv med bipolar lidelse, men det forutsettes at pasienten innarbeider gode strategier i møtet med sykdommen.

I studien til Russel & Browne (2005) understrekes betydningen av det å lete etter mer kunnskap om lidelsen. Jo raskere man gikk inn for å lære om bipolar sykdom, jo større sannsynlighet mente informantene det var å håndtere sykdommen. Deltakerne pekte blant annet på fagbøker, helsevesen, internett, seminarer og støttegrupper som nyttige informasjonskilder. Forutsetningen for at pasienten velger å lære om diagnosen er imidlertid at vedkommende først velger å akseptere at han eller hun faktisk har bipolar lidelse.

Det at pasienter kan mangle nødvendige kunnskaper om hvordan man kan håndtere bipolar lidelse kom blant annet frem i pasientsituasjonen jeg opplevde i praksis. Pasienten kunne i en stabil fase ha kunnskap om hvilke medisiner hun sto på, men hadde lite kjennskap til andre måter å holde nye sykdomsperioder på avstand. Spesielt de maniske fasene ønsket hun å få kunnskaper om og hvordan disse kunne forebygges.

Mestringsstrategier for bipolar lidelse trenger ikke alltid være like konstruktive, der pasienten oftest må gå gjennom en prøv- og feil- periode for å kunne oppdage måter å leve med lidelsen (Ødegaard et al., 2012b). Dette er noe Russel & Browne sin studie bekrefter. I denne studien kom det til uttrykk at livserfaring og tidligere episoder av mani og depresjon, gjorde deltakerne mer bevisst rundt lidelsen. Etter all sannsynlighet lærte disse informantene av ulike feilgrep de hadde gjort i forkant av sykdomsepisoder, samtidig som de oppdaget gode måter å innrette seg sykdommen på.

4.2.1 Tilpasning av livsstil

I studien til Russel & Browne (2005) kom det blant annet frem at å spise sunt, trene regelmessig og tilpasse en rolig livsstil, ga gode forutsetninger for å kunne leve med bipolar lidelse. Eknes (2006) bekrefter at det å få pasienten til å innarbeide en balansert livsstil kunne ha stor betydning for vedkommende i forebyggingen av sykdomsfaser. Pasienten kan dog stille seg motvillig til å gjennomføre denne typen endringer til å begynne med, der sykepleieren bør være bevisst på måten en fremfører dette budskapet på. Ifølge Eknes (2006) er det viktig at pasienten ikke føler seg overkontrollert, noe som kan svekke undertegneds tillit til sykepleier. Å pålegge pasienten å endre seg kan føre til uønskede konflikter. På en annen side bør sykepleier heller anbefale pasienten å utforske hvilken effekt tilpasning av livsstil kan ha, gjerne en kort periode til å begynne med.

Søvn mønster, og stresshåndtering og bruk av stimulerende stoffer

Informantene i Russel & Browne (2005) sin studie fokuserte spesielt på det å innarbeide et godt søvn mønster og stresshåndtering, noe de beskrev som svært avgjørende for å forhindre nye sykdomsperioder. Eknes (2006) på sin side vedgår at negativt stress og mangel på søvn ikke bare er et varseltegn på nye sykdomsepisoder, men også er i stand til trigge disse periodene.

I forhold til søvn mønstre fortalte informantene i Russel & Browne (2005) sin studie blant annet at de holdt faste rutiner når de skulle sove og stå opp, der en samtidig prøvde å unngå situasjoner som forstyrret deres søvn mønster på kveldstid. Eknes (2006) bekrefter at det å stå opp og legge seg til faste tider, helger som ukedager, gir mindre risiko for nye tilbakefall.

Ifølge Morken (2012) bør det aller helst ikke skje unntak i søvn mønsteret, der pasienten bør rådes til stå opp og legge seg til faste tider uavhengig av hvilken sykdomsperiode pasienten befinner seg i. På en annen side trenger ikke dette nødvendigvis dette være like realistisk å gjennomføre. Ifølge Proudfoot et al. (2009) kan det være vanskelig på flere måter å opprettholde et fast søvn mønster. Særlig i tenårene og tidlige tjuer år kunne det være vanskelig for eksempel å unngå sosiale arrangement på kvelds/nattestid, kom det frem i studien til Proudfoot et al. (2009). Pasienten jeg møtte i praksis, kunne som andre ungdommer være sent oppe i helgene. Å bli fortalt om å legge seg tidligere enn vanlig, kunne oppleves krenkende for undertegnede.

Selv om bipolar lidelse 1 kan oppleves som sosialt isolerende fra pasientens side, bør vedkommende likevel rådes til å unngå sene kvelder/netter med tanke på hans eller hennes sårbarhet for endringer i søvnsykluser hevder Eknes (2006). I hvert fall bør sykepleier anbefale pasienten å ikke strekke tidsplanen for langt ut, der vedkommende bør lære sine begrensninger.

I Suto et al. (2009) sin studie kom det frem at en del pasienter syntes åtte til ni timer var en optimal søvnmengde. Dersom pasienten på en annen side sliter med å sove, bør sykepleier anbefale pasienten å ta sovemedisin en kort periode, inntil vedkommende kommer inn i et stabilt søvn mønster (Bjørndal, 2004). Søvn behovet trenger derimot ikke være likt for alle, der sykepleier kan råde pasienten til å finne ut av sitt søvn behov. For eksempel kan det å skrive søvndagbok oppleves som meningsfylt for pasienten.

På min praksisplass ble pasienten undervist når det gjaldt viktigheten av søvn. Dog ble det nevnt lite om hva stress kunne ha å si i sammenheng med det å leve godt med lidelsen. I følge Bjørndal (2004) bør pasienten ha et forutsigbart liv som overhodet mulig, hvor blant annet håndtering av stress kommer inn i bildet.

Familiestress er det alltid like godt å gjøre noe med, mens negativt stress i forbindelse med yrke og jobb er det ifølge Russel & Browne (2005) sin studie, lettere å gjøre noe med. I Russel & Browne (2005) kom det frem å ha regelmessig ferie, eventuelt skifte jobb eller gå ned i stilling kan hjelpe pasienten å redusere stress, noe som også nevnes av Bjørndal (2004). At pasienten med bipolar lidelse opparbeider en jevn rytme bør sykepleier gjøre pasienten bevisst på, der både arbeidsomfang og gjøremål bør fordeles likt utover i uken sier Eknes (2006).

I Suto et al. (2009) sin studie kom det også frem at man bør unngå overbruk av stimulerende stoffer spesielt med tanke på manier. Informantene i denne studien oppga at de var bevisst på å begrense inntaket koffein og sukker, der en også unngikk store alkoholemengder og bruk av narkotiske stoffer. I følge Morken (2012) kan selv et moderat bruk av alkohol øke risikoen for nye sykdomsfaser, mens koffein kan føre til oppstemthet. I forhold til narkotiske stoffer økes ikke bare pasientens oppstemthet, men er også ødeleggende for pasientens motivasjon til å oppnå bedre livskvalitet hevder Eknes (2006).

4.2.2 Symptomhåndtering

I studien til Russel & Browne (2005) kom det frem at helsevesenet ofte ba pasienter med bipolar lidelse til å glemme sykdommen, men heller fokusere på å ta medisinene sine. Medikasjon trenger dog ikke være tilstrekkelig, hvor enkelte kan kjenne på symptomer uavhengig om de går på medisiner eller ei.

Krogh (2005) går langt i å antyde at en må være bevisst på seg selv og sine symptomer for å kunne oppnå bedring, noe som gjelder alle psykiske lidelser. I Suto et al. (2009) sin studie kom det frem til at det var viktig å gi humør- og aktivitetsnivå nødvendig oppmerksomhet i vurderingen av nye sykdomsfaser. Å gjenkjenne varseltegn er i midlertidig vanligere blant de som hadde levd med bipolar lidelse lenger enn de som nettopp hadde fått påvist diagnosen kom det frem i studien til Suto et al. (2009). Livserfaring ble sett på som essensielt.

Vanligvis utvikles de maniske symptomene seg gradvis over tid, hvor det finnes både tid og muligheter til å kunne avbryte eller begrense en del manier. Dersom faresignal oppdages tidlig og rutinemessig, hevder Eknes (2006) at man har gode muligheter for å få et godt sykdomsforløp.

Symptomer i forkant av en sykdomsfase kan variere fra person til person. Det er derfor viktig at en som sykepleier hjelper pasienten til å beskrive hvilke tidlige tegn som er spesielt kjennetegnet for vedkommende i forkant av en manisk episode. Pasienten kan for eksempel ha redusert behov for søvn, ha et unormalt høyt energinivå ved aktivitet, vise særs stor glede og bli mer kontaktsøkende enn tidligere når vedkommende er på vei inn i en manisk fase, hevder Eknes (2006).

Erfaringen jeg gjorde i praksis, gjenspeiler mye av det som står i litteraturen. Utenom søvnproblemer, fikk pasienten forhåndssymptomer i form av økt irritabilitet, urealistisk tankegang og var manipulerende i talen da hun var i ferd med å bli manisk. Når pasienten begynte å vise et ukritisk høyt pengeforbruk og bruke narkotiske stoffer var hun allerede i mani.

I Crowe et al. (2012) og Proudfoot et al. (2012) sine studier kom det frem at pasienter i mange tilfeller ser logikken i å tolke tidlige tegn og varselsymptomer, men at det på en annen side kan være vanskelig identifisere disse. I Russel & Browne (2005) kom det frem at å utarbeide en såkalt «stay well plan» kan være til stor hjelp for pasienten i mestringen av bipolar lidelse. Å få utarbeidet en individuell plan kan gjøre pasienten bedre i stand til å ivareta egenomsorg, bekrefter Aarre & Bugge (2008). En slik plan bør pasienten få hjelp av sykepleier til å utarbeide. I samarbeid med kommune- og spesialhelsetjenesten kan en slik plan settes i verk, hevder Aarre & Bugge (2008). Her kan pasienten få dokumentert sine personlige varseltegn og triggere, i tillegg til personlige mestringsstrategier som pasienten kan sette i verk for å hindre symptomforverring. Men bør pasienten egentlig gjøre når symptomene øker i styrke?

I følge Russel & Browne (2005) sin studie kan det være nødvendig å gå til skritt som å kansellere jobb og sosiale sammenkomster, avtale time med lege og øke medisineringen føler at man er på vei oppover i stemningsleie. For å unngå negativ eksponering bør pasienten i mange tilfeller nødt å skjerme seg selv fra omgivelsene. Ødegaard et. al.(2012b) bekrefter at det å skjerme seg selv er nødvendig. Sykepleieren bør da anbefale pasienten å unngå stimuli og hjelpe pasienten til å regulere aktiviteter inntil hans eller hennes stemningsleie normaliseres (Krogh, 2005).

I Russel & Browne (2005) var det mange som støttet seg på nære venner og familie, i jakten på å gjenkjenne tidlige varselsymptomer. En god allianse med nære pårørende kan ha mye å si for pasientens forløp, bekrefter Bjørndal (2004). I Suto et. al. (2009) sin studie kom det frem at det var en fordel om pasienten har samlivspartner som tilegner seg kunnskaper om varseltegn på mani og depresjon, dersom undertegnede har vanskeligheter med å gjenkjenne disse selv. En samlivspartner kan kjenne pasienten svært godt og kan hjelpe pasienten med å bli mer bevisst på spesielle forandringer i hans eller hennes adferdsmønster, slik at en kan sette i gang tiltak før ny sykdomsfase utvikles.

Å oppleve støtte fra familie og venner regelmessig er i de fleste tilfeller forebyggende for stemningsskifter sier Eknes (2006). Dette krever i midlertid ofte åpenhet fra pasienten selv, der undertegnede nettverk må forstå lidelsen. Ifølge Proutfoot et. al. (2009) kan pasienten i mange tilfeller kan være redd for å fortelle om lidelsen til familie, venner og bekjente i frykt for avvisning og mangel på forståelse. I Proudfoot et al. (2009) sin studie kunne en til og med oppleve å miste kontakten med nære relasjoner, etter å ha fortalt om denne lidelsen. I Suto et. al. (2009) er det viktig å etablere et nettverk som ikke er dømmende. Det er godt mulig venner og kjente kan bli skremt av en slik lidelse, der man lett kunne føle seg utilstrekkelige i å hjelpe deres venn eller familiemedlem. En individuell plan trenger ikke bare være nyttig i møtet mellom pasienten og helsepersonell, men også i forbindelse med sosial nettverk bør individuell plan verdsettes. For å bedre forståelsen mellom pasienten og undertegnede nettverk kan en individuell plan være til hjelp også her, sier Suto et. al. (2009). Aarre & Bugge (2008) bekrefter at det kan være stor en fordel for pasienten om hans eller hennes pårørende blir orientert om planen.

5.0 Avslutning

Studier og forskning viser at det kan oppleves vanskelig å håndtere de ulike aspektene ved bipolar lidelse type 1. Som sykepleier er det viktig å forstå hva situasjonen betyr for pasienten og hvilken mening vedkommende gir den. Pasienten kan i mange tilfeller lure på hva lidelsen har å si for fremtiden og om det er mulig å leve et godt liv med den. Etter å ha fått påvist diagnosen viser det seg i midlertid at pasienten kan trenge å bryte noen barrierer før en er i stand til konfrontere diagnosen. På veien mot å leve med lidelsen kan blant annet pasienten trenge hjelp med å akseptere tilstanden og bryte med egne fordommer mot psykiske lidelser. Det viser seg dessuten at pasienter med bipolar 1 føler på mye skam og skyldfølelse i forbindelse med sykdommen. På dette området er det svært viktig at pasientens selvspekt blir ivaretatt, der vedkommende bør bevisstgjøres om at sykdommen skyldes biologiske faktorer og ikke personlig svakhet.

Selv om bipolar lidelse 1 bør forstås som en kronisk tilbakevendende sykdom, trenger ikke dette være ensbetydende for at pasienten får et liv preget av dårlig livskvalitet. Det er sykepleierens jobb er å hjelpe pasienten til å tilpasse sitt nye funksjonsnivå og stimulere vedkommende til å utforske vanskene. Pasienten må i mange tilfeller gjennom en prøv- og feilperiode for å oppdage måter å leve med lidelsen, der livserfaring og tidligere sykdomsperioder kan være til hjelp. I tillegg til medisinerer kan pasienter, som er lite kjent med sykdommen før, rådes å ta i bruk enkle metoder som baserer seg på logisk tenkning og sunn fornuft i forebyggingen av nye sykdomsfaser. Å innarbeide et stabilt og forutsigbart levestilsmønster bør bli sett på som særdeles viktig i denne sammenheng. At pasienten holder på et fast søvnmønster, lærer seg å håndtere stress og blir bevisst rundt bruken av stimulerende midler, bør vies stor oppmerksomhet. Pasienten kan dog stille seg motvillig til dette, der vedkommende kan trenge støttende samtaler fra helsepersonell for å se betydningen livsstilstilpasning kan ha.

Å være i stand til håndtere symptomer og gjenkjenne tidlige varseltegn i forkant av en ny sykdomsfase, er naturligvis en stor forutsetning for å kunne leve godt med bipolar lidelse. At pasienten får utarbeidet en individuell plan er i de fleste tilfeller nødvendig, som ikke bidrar bare til bedre samarbeid mellom pasienten og helsepersonell, men kan også skape bedre forståelse mellom vedkommende og hans eller hennes kontaktnettverk. Å etablere god allianse med nære pårørende og ha et nettverk rundt som ikke dømmer en, gir dessuten pasienten et godt utgangspunkt i sykdomsforløpet.

6.0 Referanser

Aarre, T., F. & Bugge, P. (2008) «*Stemningslidelser – informasjonshefte om bipolare lidelser for pasienter, pårørende og andre*». Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.

Bjørndal., A. (2004) Hva kan pasienten gjøre selv? I: Bjørndal., A. (red.). «*Bipolare lidelser*». Medisinsk Informasjon.

Bøe., T., D., & Thomassen., A. (2007) «*Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: om etikk, relasjoner og nettverk*». Oslo: Universitetsforlaget AS.

Crowe., M., Inder., M., Carlyle., D., Wilson., L., Whitehead., L., Panckhurst., A., O'Brien., A. (2012) Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2012 Jul; 19, 294-302. Hentet fra (09.01.2013): doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01786.x. CINAHL

Dalland, O. (2012) «*Metode og oppgaveskriving*». Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eknes., J. (2006) «*Depresjon og mani: forståelse og behandling*». Universitetsforlaget AS.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och bokförlaget natur och kultur.

Helsedirektoratet (2000) *Nasjonalfagleg retningsline for utgreiing og behandling av bipolare lidningar*. Hentet (09.01.13):

<http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/nasjonal-retningslinje-for-utredning-og-behandling-av-bipolar-lidelse/nasjonal-retningslinje-for-utredning-og-behandling-av-bipolar-lidelse-horingsutkast.pdf>

Holsten., F. & Bjorvatn., B. (2012) Kap.: Søvnforstyrrelser ved bipolare lidelser. I: Brit Haver, Ketil J. Ødegaard og Ole Bernt Fasmer (red.) «*Bipolare lidelser*». Bergen: Fagbokforlaget.

Hummelvoll, J., K. (2012) «*Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*» Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll., J., K. (1984) «*Sykepleier-pasient-fellesskapet: Fasetter*» Gyldendal Norsk Forlag AS

Krogh, G. (2005). Del 4.: Del 4: Sykepleieintervensjoner. «*Begreper i psykiatrisk sykepleie*». Oslo: Fagbokforlaget, s. 209-216. (Kompendium).

Morken, G. (2012) Kap 14: Psykoedukasjon og annen psykoterapi. I: Brit Haver, Ketil J. Ødegaard og Ole Bernt Fasmer (red.) «*Bipolare lidelser*». Bergen: Fagbokforlaget.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008) Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar. Hentet (23.01.13):
<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklistor+for+vurdering+av+forskingsartiklar.2031.cms>

- Olsson., H. & Sørensen., S. (2003) *Forskningsprosessen – kvalitativ og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Proudfoot., J., Parker., G., Benoit., M., Manicavasagar., V., Smith., M., & Gayed., A. (2009) “What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder”, *Health Expectations*, 2009, 12, 2, pp. 120-129. Hentet fra (04.01.13): doi: 10.1111/j.1369-7625.2009.00541.x CINAHL
- Russel., S. & Browne., J., L. (2005) «Staying well with bipolar disorder», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2005; 39: 187-193. Hentet fra (08.01.13):
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=448ce101-cf17-4f45-83aa-43d1927814b3%40sessionmgr112&vid=1&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2005125740> CINAHL
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. (2010) «*Psykiatriboken: sinn- kropp- samfunn*» Gyldendal Norsk Forlag AS
- Snoek., J., E. & Engedal., K. (2008) «*Psykiatri: Kunnskap, forståelse og utfordringer*». Akribe Forlag.
- Suto., M., Murray., G., Hale., S., Amari., E., Michalak., E., E. (2012) “What works for people with bipolar ? Tips from the experts”, *Journal of Affective Disorders*, Vol: 124, pp. 76-84. Hentet fra (10.01.13): <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.004> Science direct
- WHO (2001). The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope W. H. Organization. Geneva. Hentet fra (12.01.13):
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf

Ødegaard, C., H., Syrstad, V., E., G., & Ødegaard, K., J. (2012b) Kap 21: Å leve med bipolar sykdom. I: Brit Haver, Ketil J. Ødegaard og Ole Bernt Fasmer (red.) «*Bipolare lidelser*». Bergen: Fagbokforlaget.

Ødegaard., K., Høyersten., J., Fasmer., O., B. (2012a) Kap 1: Historisk utvikling, epidemiologi og klassifisering av bipolare lidelser. I: Brit Haver, Ketil J. Ødegaard og Ole Bernt Fasmer (red.) «*Bipolare lidelser*». Bergen: Fagbokforlaget.

7.0 Vedlegg: presentasjon av artikler

Referanser: (Tittel, forfattere og årstall)	Hensikt	Metode	Kommentar
<p>«What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder» (Proudfoot et. al., 2009)</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske pasientens subjektive opplevelser etter å blitt diagnostisert med bipolar lidelse. Målet var å kartlegge hvilke problemer og bekymringer som møtte pasienten de siste 12 månedene etter diagnostisering.</p>	<p>Forskningsartikkelen er kvalitativ studie, som en del av et psykoedukativt program på internett. I studien deltok 26 pasienter, der 14 kvinner og 12 menn deltok. Hovedkriteriene for å delta var at informantene var 18 år eller eldre og at en var blitt diagnostisert for bipolar lidelse de siste 12 månedene. Denne studien rapporterer data fra e-post utveksling mellom deltakerne og «Informed Supporter» om deres livserfaring med bipolar lidelse.</p>	<p><u>Styrker</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Vurdert av etisk komite (Human Research Ethics Committee of the University of New South Wales) -Tilfredsstillende antall informanter (26) -Følger IMRAD-prinsippet -Danner et godt bilde av problemer som kan møte den «bipolare pasienten» <p><u>Begrensninger</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Konklusjonen kunne vært mer utdypet -Stort aldersforskjell mellom deltakere (18-59 år) -Hvor mange som hadde bipolar type 1 ble ikke beskrevet

		Informed Supporters besto av 4 personer som mestret lidelsen.	
Referanser: (Tittel, forfattere og årstall) «Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder» (Crowe, et. al., 2012)	Hensikt Hensikten med denne studien var å finne ut hvilken innvirkning bipolar lidelse hadde på pasienters liv, som fikk «community mental health treatment».	Metode Denne studien er bygget opp av den kvalitative metoden. I denne studien deltok 21 pasienter, hvor informantene besto av 16 kvinner og 5 menn. Intervjuene ble tatt opp med båndopptak. Ble benyttet fokusgruppe-intervju	Kommentar <u>Styrker</u> -Vurdert av etisk komite -Publisert i anerkjent sykepleiefaglig tidsskrift (Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing) -Gjennomsnittsalder på informanter: 40,7 % <u>Begrensninger</u> - Aldersforskjeller fra 22-71 år
“Staying well with bipolar disorder” (Russel & Browne, 2005)	Hensikten med artikkelen var å utforske hvordan mennesker med bipolar lidelse unngår sykdomsfaser og oppretholder deres funksjon (stay well). Studien gikk også ut på å utforske hva personlige, sosiale og miljømessige faktorer hadde å si for å hjelpe personer med bipolar	Studien benytter seg av den kvalitative metoden. I denne studien deltok 100 informanter, hvor 63 kvinner og 37 menn deltok. Hovedkriteriet i denne studien var at deltakerne måtte ha unngått sykdomsfaser de siste to årene.	<u>Styrker:</u> -Belyser mange ulike og essensielle måter for hvordan pasienten kan forholde seg til sykdommen. -Informasjonen fra informantene i denne studien er pålitelig, der en måtte ha unngått sykdomsperioder de siste 2 årene. <u>Begrensninger:</u>

	stemningslidelse til å «stay well».		<ul style="list-style-type: none"> -Artikkelen ble publisert i 2005 -Store aldersforskjeller mellom deltakerne (18-83 år) -Stor populasjon: 100 deltakere -Mangler diskusjonsdel -Etisk vurdering er mangelfull i artikkelen, men skal være vurdert av tidsskriftet som studien ble publisert i
Referanser: (Tittel, forfattere og årstall) “What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts” (Suto, et al., 2009)	Hensikt Målet med denne studien var å evaluere selvhåndteringsstrategier (self-management-strategies) som ble brukt av personer som opprettholdt god funksjon på tross av bipolar lidelse.	Metode Den kvalitative metoden ble benyttet i denne studien. I studien deltok 32. Informantene ble både intervjuet individuelt eller i grupper, avhengig hvilken setting de følte seg mest komfortable i.	Kommentar <u>Styrker</u> <ul style="list-style-type: none"> -Tilfredsstillende antall informanter (32, hvor 25 hadde bipolar 1) -Godkjent av etisk komite <u>Begrensninger</u> <ul style="list-style-type: none"> -Funnene kunne blitt mer tydeliggjort