

# BACHELOROPPGAVE

## Mestring av bipolar lidelse

«Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter med bipolar lidelse gjenkjenner og mestrer sine symptomer?»

Kandidatnummer: 31

Av: Thea Helene Olsen

## Coping of bipolar disorder

Bacheloroppgave i sykepleie  
SK 152  
Mai 2016

Antall ord: 6996

Veileder: Olivia Sissil Sunde

**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven Mestring av bipolar lidelse i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 31

Navn: Thea Helene Olsen

JA X

NEI

## Sammendrag

**Tittel:** «Mestring av bipolar lidelse»

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter med bipolar lidelse gjenkjenner og mestrer sine symptomer?

**Bakgrunn:** Hvert år vil mellom 400-1200 pasienter i Norge få diagnosen bipolar lidelse, noe som gjør at sykepleiere vil kunne møte på pasienter i sin arbeidshverdag i spesialisthelsetjenesten. Dette gjør at de kontinuerlig burde oppdateres på lidelsens karakter og symptomer.

**Fremgangsmåte:** I denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode for å best mulig kunne svare på min problemstilling. For å belyse min problemstilling har jeg blant annet brukt pensumlitteratur, forskning og annen litteratur.

**Oppsummering:** Sykepleiere har en viktig jobb innenfor den ikke medikamentelle-delen hos pasienter med bipolar lidelse når det kommer til å gjenkjenne og mestre sine symptomer. Sykepleiere må bidra til å opprettholde støtte, da det har vist seg at støttebehov er viktig og at det kan virke forebyggende for pasienter med bipolar lidelse. Ved å aktivt bruke empowerment med tilrettelegging, kan det bidra til egenmobilisering og bidra til at pasientene får mer makt, styring og kontroll over eget liv. Kriseplan har vist seg å være gunstig for pasienter med bipolar lidelse dersom denne aktivt blir tatt i bruk. Sykepleiere må bidra til at en slik plan blir utarbeidet i lag med pasienten, da det kan være med på å fremme mestring og gjøre at pasienten føler på myndighet og ansvar. Ved at sykepleiere oppnår gode kommunikative ferdigheter kan man skape relasjoner og få pasienten til å føle trygghet og støtte.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 PROBLEMSTILLING MED AVGRENSING.....	2
1.3 OPPBYGGING AV OPPGAVEN.....	2
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>3</b>
2.1 LITTERATURSTUDIE.....	3
2.2 SØKEPROSESSEN ETTER FAGLITTERATUR.....	3
2.3 SØKEPROSESSEN ETTER FORSKNINGSARTIKLER.....	4
2.4 KILDEKRITIKK.....	4
<b>3.0 TEORI</b> .....	<b>5</b>
3.1 BIPOLAR LIDELSE.....	6
3.1.1 <i>Depresjon</i> .....	6
3.1.2 <i>Mani</i> .....	6
3.2 BEHANDLING.....	7
3.2.1 <i>Individuell plan</i> .....	7
3.2.2 <i>Psykoedukasjon</i> .....	8
3.3 MESTRING OG LÆRING.....	8
3.3.1 <i>Veiledning</i> .....	9
3.3.2 <i>Empowerment</i> .....	9
3.4 KOMMUNIKASJON.....	10
3.4.1 <i>Støtte</i> .....	11
3.5 HILDEGARD PEPLAU.....	11
3.6 PRESENTASJON AV FUNN.....	11
3.6.1 <i>Artikkel nr.1</i> .....	11
3.6.2 <i>Artikkel nr.2</i> .....	12
3.6.3 <i>Artikkel nr.3</i> .....	12
3.6.4 <i>Artikkel nr.4</i> .....	12
<b>4.0 DRØFTING</b> .....	<b>13</b>
4.1 STØTTEBEHOVET.....	13
4.2 VEILEDNING AV PASIENTEN.....	14
4.3 KOMMUNIKASJON OG RELASJON.....	15
4.4 EMPOWERMENT.....	16
4.5 UTARBEIDING AV KRISEPLAN.....	17
<b>5.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>18</b>
<b>BIBLIOGRAFI</b> .....	<b>20</b>
<b>VEDLEGG 1</b> .....	<b>22</b>

## 1.0 Innledning

Bipolar lidelse deles inn i undergrupper, men de to største er bipolar lidelse type I og bipolar lidelse type II. Bipolar I kjennetegnes av kraftige maniske tilstander og alvorlige depresjoner. Enkelte kan oppleve hallusinasjoner og sterk forvirring. Bipolar II kjennetegnes av alvorlige depresjoner og mildere oppstemte episoder, også kalt hypomani. Mennesker med bipolar lidelse har en livslang sårbarhet for nye maniske og depressive episoder (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009).

Bipolar type I rammer mellom 0,6-1,2 prosent av den norske befolkningen, mens mellom 3-5 prosent har bipolar type II. Hvert år vil mellom 400-1200 pasienter få diagnosen bipolar lidelse, og den forekommer like hyppig blant menn som hos kvinner (Pedersen , 2014). Dette gjør at sykepleiere sin arbeidshverdag innenfor spesialisthelsetjenesten vil kunne møte på pasienter med bipolar lidelse, noe som gjør at de kontinuerlig bør oppdateres på lidelsen.

Bipolar lidelse er ofte forbundet med alvorlige personlige vansker, sosiale problemer, vansker i yrkeslivet og flere trenger tilbud om individuell og langvarig behandling for å kunne mestre en slik lidelse (Helsedirektoratet , 2012, s. 20). I følge Helsedirektoratet (2012) kom en studie i regi av Verdensbanken og WHO frem til at bipolar lidelse var mellom de tretti viktigste årsakene til tapte uførjusterte leveår på verdensbasis i 1990. Dette innebærer at bipolar lidelse har store økonomiske konsekvenser for samfunnet (Helsedirektoratet , 2012, s. 11).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Under mine praksisperioder i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten opplevde jeg å møte flere pasienter med bipolar lidelse type I og type II. Jeg har lenge hatt en ekstra interesse innenfor psykiatrien, og min psykiatripraksis foregikk på en akutt-post. Her møtte jeg mange forskjellige pasienter i ulike akutt-faser, og jeg opplevde denne praksisen som utrolig spennende og lærerik. Likevel tok jeg meg selv flere ganger i å fundere på hvordan det gikk med pasientene når de ble skrevet ut fra akutt-posten, da dette ofte skjedde relativt raskt.

Min siste praksisperiode i studiet foregikk på et distriktpsykiatrisk senter, og jeg fikk her et større og bredere innblikk i hvordan behandlingen og livene til pasientene foregikk utenfor en akutt-post. Jeg møtte flere ulike pasienter med bipolar lidelse, og jeg var heldig å få muligheten til å følge opp flere av disse og skape gode relasjoner med flere av pasientene.

Det var under denne praksisperioden jeg innså at mye av arbeidet med disse pasientene handler om å forebygge nye maniske og depressive episoder, og hvordan man på best mulig måte kan bidra til dette. Jeg synes dette er et utrolig spennende og ikke minst viktig arbeid, og jeg fikk ved flere anledninger se effekten av et slikt forebyggende arbeid i praksis.

## 1.2 Problemstilling med avgrensing

Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter med bipolar lidelse gjenkjenner og mestrer sine symptomer?

I og med at det finnes flere undergrupper av bipolar lidelse, har jeg valgt å avgrense oppgaven til å gjelde pasienter med bipolar type I og type II. Dette har jeg valgt da jeg anser det som like viktig for en sykepleier å bidra til mestring hos pasienter med begge typene. Jeg har valgt å avgrense denne oppgaven til og kun gjelde pasienter i aldersgruppen 18-65 år som har fått behandling innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette gjør jeg ettersom jeg ikke ønsker å fokusere på barn eller eldre med diagnosen. Jeg har ingen avgrensing på kjønn, det vil si at jeg ikke skiller mellom menn og kvinner når jeg omtaler ordet "pasient, menneske eller person" i denne oppgaven. Når jeg nevner "sykepleier" i oppgaven, gjør jeg dette med uten noen form for videreutdanning da jeg mener dette blir utenfor mitt kompetansefelt. Videre har jeg tatt et valg om å ikke ta med teori innenfor den medikamentelle behandlingen til pasienter med bipolar lidelse, da jeg anser dette som et omfattende felt som ikke ville fått plass i oppgaven min.

## 1.3 Oppbygging av oppgaven

Innledningen beskriver hvorfor jeg har valgt nettopp dette temaet. Jeg beskriver hvorfor jeg anser det som et viktig tema, og vektlegger dette ut i fra et sykepleie og samfunnsperspektiv.

Videre i oppgaven vil jeg presentere metodedelen. Her beskriver jeg hvilken metode jeg har valgt å bruke i min oppgave, og søkeprosessen min etter relevant faglitteratur og forskningsartikler.

Etter denne presentasjonen vil jeg presentere relevant teori som jeg anser viktig for min problemstilling. Siste del av oppgaven vil bestå av drøfting, hvor jeg setter opp utvalgt teori mot forskningsartiklene jeg har funnet. Til slutt vil jeg komme frem til en konklusjon over det jeg har kommet frem til under arbeidet med oppgaven.

## 2.0 Metode

En metode er noe som forteller oss hvordan man skal gå til verk for å få tilgang til og etterpøve kunnskap. Metoden er vårt redskap når man møter på noe man vil undersøke. Den vil hjelpe en til å samle inn data, det vil si den informasjonen man trenger til selve undersøkelsen. Man kan bruke sosiologen Vilhelm Aubert sin definisjon på metode:

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Dalland, 2012 , s. 111).

### 2.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie er vanlig å benytte som metode når en skriver store oppgaver. En litteraturstudie består av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetoder (Olsson & Sørensen , 2003 , s. 91). En forutsetning for å kunne gjøre en systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet for å bedømme konklusjonen (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26). Jeg vil i denne oppgaven bruke litteraturstudie som metode. Litteraturen vil være min informasjonskilde. Jeg har søkt etter relevant faglitteratur til mitt tema og benyttet databaser for å finne forskningsartikler, i tillegg har jeg brukt faglitteratur fra pensum i sykepleierutdanningen. Jeg vil også bruke egne erfaringer fra mine praksisperioder.

### 2.2 Søkeprosessen etter faglitteratur

Jeg har brukt søkemotoren Oria til å søke etter faglitteratur til min oppgave etter anbefaling fra høyskolens egen nettside. Mye av søkeordene som har gått igjen er ”bipolar lidelse, stemningslidelser, mestring og sykepleier”. Ettersom disse ordene gir store søk, har jeg avgrenset søkene til å kun vise ”bøker”. På denne måten har jeg fått en bedre oversikt over relevant faglitteratur. Jeg har bruk mye faglitteratur fra pensum i sykepleierutdanningen. Dette har jeg gjort ettersom jeg anser det som kvalitetssikkert, da det er anbefalt fra høyskolen. Jeg har brukt litteraturlister til ulike oppgaver for å få forslag til litteratur. Jeg har også fått anbefalt litteratur av Trond F. Aarre som er psykiater og forfatter av bøker jeg har valgt å bruke i min oppgave.

## 2.3 Søkeprosessen etter forskningsartikler

I min søkeprosess etter relevante forskningsartikler har jeg brukt databaser som Academic Search Elite, Cochrane Library, Pubmed og Oria. Disse har jeg brukt etter anbefaling fra Høyskolens egen nettside. Jeg har også brukt SweMed+ for å finne ulike MESH-termer til å hjelpe meg i søkene.

Jeg startet min søkeprosess på databasen Cochrane Library. Etter et søk med ordene "bipolar disorder" og "symptoms" fikk jeg opp 25 treff. Jeg leste meg gjennom de relevante artiklene sine abstract før jeg fant en relevant artikkel for min problemstilling.

Videre har jeg brukt Academic Search Elite som søkemotor. Her startet jeg søket mitt med ordkombinasjonene "bipolar disorder" og "nursing". Etter et slikt søk fikk jeg opp 399 resultater, noe som var for mye å gå gjennom. Jeg tok derfor med søkeordet "communication" og kombinerte disse tre sammen med bindingsordet "and". Videre avgrenset jeg det med årstall fra 2006 til 2016. Etter dette søket fikk jeg opp 23 artikler. Jeg leste gjennom ulike abstract før jeg fant en relevant artikkel.

Jeg søkte meg videre med søkeordene "bipolar disorder" og "coping strategies" på Academic Search Elite. Ved bruk av bindeordet "and" fikk jeg opp 55 artikler etter dette søket. Jeg avgrenset det derfor til å kun vise engelske artikler og som var publisert fra 2006 til 2016. Etter dette fikk jeg opp 42 artikler, hvor jeg leste meg gjennom relevante abstract før jeg fant en relevant artikkel for oppgaven.

Til slutt har jeg brukt Pubmed som søkemotor. Her har jeg søkt på "bipolar disorder, coping og nursing". Jeg brukte her også bindeordet "and". Etter dette søket fikk jeg opp 58 artikler. Jeg avgrenset også dette søket til å kun vise artikler fra 2006 til 2016. Etter dette søket fikk jeg opp 29 artikler, hvor jeg fant en som ble relevant for min problemstilling.

## 2.4 Kildekritikk

Når en skriver store oppgaver, er det viktig å være kritisk til kildene en bruker. Det stilles krav til hvordan man søker etter kilder, vurderer, gjør rede for og bruker dem. Ved og systematisk bruke kildekritikk kan man fastslå om en kilde faktisk er sann ved å vurdere og karakterisere kildene man benytter (Dalland, 2012, s. 66).



For å kunne vurdere mine forskningsartikler som troverdige, har jeg brukt sjekklister for forskningsartikler hentet fra kunnskapscenteret sine nettsider etter anbefaling fra pensumboken Jobb kunnskapsbasert. Dette fordi sjekklister er levende dokumenter som kontinuerlig trenger oppdatering (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, ss. 69-70).

To av mine utvalgte forskningsartikler er randomiserte kontrollerte studier, også kalt RTC. Det vil si at artiklene er sekundærkilder som sammenligner kunnskap som andre har funnet tidligere. Denne forskningsmetoden har blitt beskrevet som "gullstandarden" innenfor undersøkelser av årsakssammenhenger. RTC-studier representerer en standard man forsøker å oppfylle så langt det er praktisk og etisk mulig (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, ss. 211-215).

En av mine utvalgte forskningsartikler har brukt kvalitativt intervju som metode. Denne metoden gjør det mulig å få fyldige og detaljerte beskrivelser av det man studerer. Kvalitative intervjuer kan gjøre det mulig å få frem kompleksitet og nyanser. Imidlertid kan kvalitativt intervju være ustrukturert og uformelt der forskeren har åpne spørsmål rundt et tema, til strukturert med spørsmål eller faste svaralternativer (Christoffersen, et al., 2015, ss. 83-84).

Videre har min siste forskningsartikkel brukt kvantitativ tverrsnittstudie som metode. Det vil si at man samler inn informasjon på en planlagt måte i en definert populasjon på et gitt tidspunkt (Kunnskapsbasert praksis, 2012). En tverrsnittstudie kan være nyttig for å utvikle kunnskap om assosiasjoner mellom risikofaktorer og sykdom. Tverrsnittstudier kan gjøre oss oppmerksomme på viktige forhold og problemstillinger som kan testes ut i nye studier. Likevel vil alle variablene være målt på ett tidspunkt, så en tverrsnittstudie er ikke egnet til å avdekke årsaksforhold (Nortvedt et al., 2012, s. 96).

Ettersom det har vært vanskelig å finne forskningsartikler skrevet på norsk, har jeg benyttet meg av engelske artikler. Ved at de er skrevet på engelsk, kan dette skape rom for feiltolkninger ved at man kan misforstå meningen med artikkelen, ord og setninger. Dette kan derfor være en svakhet ved min oppgave.

### 3.0 Teori

## 3.1 Bipolar lidelse

Bipolar type I rammer mellom 0,6-1,2 prosent av den norske befolkningen, mens mellom 3-5 prosent har bipolar type II. Hvert år vil mellom 400-1200 pasienter få diagnosen bipolar lidelse, og den forekommer like hyppig blant menn som hos kvinner (Pedersen , 2014). Lidelsen er forbundet med store personlige lidelser og generell nedsatt levedefunksjon. Bipolar lidelse er også forbundet med overdødelighet. Over 25 % av pasientene forsøker å ta livet av seg, men gjennomført selvmord er sjeldnere (Aarre, Bugge, & Juklestad, 2009, ss. 98-99).

Bipolar lidelse er en sykdom som har biologisk opprinnelse, og det er påvist høy arvelighetsfaktor. Risikoen for at førstegradsslektninger til personer med bipolar lidelse type I selv skal utvikle stemningslidelser er 20-25 %. Dersom en har nære slektninger med bipolar lidelse, vil derfor sannsynligheten øke for at en utvikler det selv. Selv om arv er en av årsakene til forhøyet risiko, vil også miljø kunne ha en stor del av årsaken (Eknes , 2006, ss. 203-204).

### 3.1.1 Depresjon

Ved depresjon vil personen ha nedsatt stemningsleie, lite energi, kjenne seg trist og motløs og ha mindre glede og interesse enn tidligere. Ved bipolar lidelse kan følelsen av å være deprimert være mindre uttalt, og enkelte av pasientene vil ikke oppleve seg selv som deprimerte (Helsedirektoratet , 2012, s. 25).

Ved depresjon kan man også ha nedsatt selvfølelse, nedsatt konsentrasjonsevne og skyldfølelse. Personer med depresjon vil kunne ha en følelse av å være verdiløse og se mørkt og uten håp på fremtiden. Dette fører igjen til at de blir tafatte, initiativløse, mimikkløse og beveger seg sakte og kraftløst. Ofte kan selvmordstanker eller tanker om å skade seg selv være en del av bildet (Skårderud , Haugsgjerd , & Stänicke , 2010 , s. 338).

### 3.1.2 Mani

Mani er en alvorlig oppstemt episode som vil vare i minst en uke og som vil påvirke funksjonsnivået. Det mest sentrale symptomet på mani er hevet stemningsleie. Personen vil være i et urimelig og ekstra godt humør. Likevel vil mange med mani være irritable og aggressive, og de vil kunne være en fare for seg selv og andre. En kan oppleve at maniske personer handler impulsivt, innleder tilfeldige

bekjentskap med fremmede og at kommunikasjonen er ukritisk og upassende (Aarre, et al., 2009, s. 96).

## 3.2 Behandling

Ved all behandling skal helsepersonell vise respekt og lytte til pasienten og pårørende. Behandlingen skal bygge på et samarbeid mellom pasienten, helsepersonellet og pårørende. Flere tiltak kan være nyttige ved bipolar lidelse, men det vil være spesielt viktig å ta hensyn til hva personen selv ønsker, særlig med tanke på pasient- og brukerrettighetsloven §3-1, som sier noe om at pasienten har rett til å medvirke i valget mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder (Helsedirektoratet, 2012, s. 40). Psykisk helsevernloven har en forskrift som står svært sentralt for sykepleiere. Det gjelder forskriften om habilitering og rehabilitering, individuelle planer og koordinator (Molven, 2012, s. 30).

En bør alltid tilby hjelp for å lindre symptom, forsøke å forkorte episoder og bedre forløpet av lidelsen. Ofte vil slik behandling være medikamentell, men det kan være like viktig å sette i gang tiltak som å få personen i aktivitet, bedre den sosiale funksjonen, øke egen mestring og bedre livskvaliteten. I samsvar med prinsippene for recovery er det viktig at personer med bipolar lidelse blir oppmuntret i sin egen mestringsprosess. På denne måten kan de utvikle en meningsfull opplevelse av å ha en positiv identitet uavhengig av selve diagnosen. Slik kan de også finne sin egen plass i samfunnet til tross for de ulike utfordringene som en slik lidelse har. Dette innebærer rett til sosial kontakt, et godt bosted og et meningsfullt liv (Helsedirektoratet, 2012, s. 41).

Flere mennesker med bipolar lidelse ønsker ikke å bruke medikament. Dette kan skyldes årsaker som bivirkninger av ulike medikament, for lite informasjon om medikamentene eller andre årsaker. Det er viktig at en slik avgjørelse blir respektert av helsepersonellet. Dersom medikamentell behandling ikke er aktuelt, bør man få tilbud om psykologisk behandling og andre aktuelle psykososiale tiltak (Helsedirektoratet, 2012, s. 43). Likevel bør alle med bipolare lidelser som mottar medikamentell behandling også få tilbud om psykologisk behandling (Helsedirektoratet, 2012, s. 47).

### 3.2.1 Individuell plan

Kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetak har plikt til å sørge for at pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får utarbeidet en individuell plan (Helsedirektoratet, 2015). En individuell plan er ment for å hjelpe pasienten til å mestre tilværelsen og å styrke innflytelsen over sin egen situasjon. Planen innebærer å kartlegge behovet for psykiatrisk

behandling og andre tjenester som vil hjelpe pasienten til å få et meningsfylt liv. Den angir målet for behandlingen, skisserer hvordan planen skal gjennomføres og hvordan ulike parter skal samarbeide med hverandre. Det er helse- og sosialtjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten som vil samarbeide med hverandre. Pårørende bør også delta i utviklingen av en slik plan dersom pasienten tillater det. Ved utvikling av individuell plan vil det også være nyttig å ta med en kriseplan. Denne vil beskrive hvilke tiltak som skal settes i verk dersom pasienten får tegn på tilbakefall av sin psykiske lidelse (Aarre, et al., 2009, s. 253). Denne kan inneholde informasjon som hvordan pasienten kan begrense depressiv tenking, bekymring og hvordan pasienten kan opprettholde aktiviteter som gir en opplevelse av mestring og tilfredsstillelse (Thingnæs, 2012, s. 249). Videre kan den stille spørsmål til pasienten om hvordan han eller hun kan unngå å isolere seg, og om pasienten er så ukritisk at en burde søke hjelp (se vedlegg 1). I utarbeidingen av en slik plan opplever mange pasienter at de får en klarere rolle, mer myndighet og ansvar når de deltar i arbeidet (Aarre et al., 2009, s.253).

### 3.2.2 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er informasjon til pasienten og pårørende om lidelsens tilbakevendende karakter, prinsippene for behandlingen, gjenkjenning av faresignaler og unngåelse av stressfaktorer (Skårderud, et al., 2010, s. 351). Psykoedukasjon forutsetter at man systematisk følger opp og registrerer symptomer og stemningsleie. På denne måten kan pasienten lære å kontrollere lidelsen bedre, ved at pasienten forebygger nye episoder med hjelp av blant annet fast døgnrytme og effektiv stressmestring. Pasienten lærer også om generelle og individuelle risikosituasjoner og varselsymptomer, og hvordan man kan starte behandling av nye episoder så raskt som mulig (Helsedirektoratet, 2012, s. 50).

### 3.3 Mestring og læring

Mestring retter seg mot kognitive, affektive og atferdsmessige prosesser, og disse er nært forbundet mot hverandre. Dersom et menneske opplever alvorlig sykdom, vil ens egen opplevelse av sykdommen preges av hvem man er, hvordan personene rundt en reagerer og av flere andre faktorer i nåtid og fortid. Mestring innebærer å kunne forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og ens egne reaksjoner. Dette kan være å forsøke å få kontroll på følelsene, få en bedre forståelse av situasjonene eller gjøre et praktisk grep om det som kan gjøres for at sykdommen skal bli minst mulig belastende (Eide & Eide, 2007, s. 172).

Noe som er svært sentralt i dagens helsevesen, er lærings- og mestringstilbud rettet mot å hjelpe personer med langvarige lidelser. I Samhandlingsreformen understrekes viktigheten av dette arbeidet blant annet gjennom ønsker om økt satsning på slike tilbud i fremtiden. Langvarige sykdommer og helseproblemer kan måtte innebære å leve med symptomer og plager som virker inn på arbeidsevnen og familie- og hverdagslivet. Dette kan igjen føre til at man får begrenset sine aktiviteter og sin egen deltakelse i samfunnet som gir dårligere livskvalitet (Fagermoen & Lerdal , 2011, s. 17).

### 3.3.1 Veiledning

*“Veiledning er bistand der veilederen med faglig innsikt og holdning hjelper en person til å definere sitt problem og oppnår kunnskap og ferdigheter til å løse det”* (Dalland , 2010, s. 127).

Man kan si at målet for veiledning er læring. For en god veiledning forutsettes det at man har en nær og direkte kontakt mellom veilederen og den eller de som veiledes. På denne måten kan det åpnes større muligheter for å individualisere læringsprosessen enn det som kan skje i en undervisningssituasjon. Veiledningen skal bidra til at mottakeren blir i stand til å sette ord på hva som er problemet, for deretter å lære det som skal til for å løse det (Dalland , 2010, s. 127).

### 3.3.2 Empowerment

I arbeid med pasienter vil det være viktig å ha en humanistisk og eksistensiell forståelse. Dette betyr at pasienten(e) skal bli sett og forstått – og oppleve et godt møte med personale i form av respekt for pasienten som person. Arbeid med pasienter bør gå ut i fra handlingsorientering, problemløsning og mestring. Dette vil si at man bidrar til at pasienten får tilgang på sine egne ressurser, slik at pasienten kan bli styrende i sitt eget liv, også kalt empowerment (Hummelvoll, 2012 , s. 479).

Empowerment omfatter verdier som blant annet enkeltmenneskets rettigheter, solidaritet med de svake, gjensidig respekt, samarbeid og fellesskap. I 1986 lanserte Ottawa-charteret begrepet empowerment som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre sin helse (Strøm & Fagermoen , 2011, s. 67).

Empowerment har videre blitt beskrevet som: *“a process of interpersonal, or political power so that individuals can take action to improve their life situation”* (Strøm & Fagermoen , 2011, s. 67).

Etter denne definisjonen har empowerment blitt utvidet til å omfatte oppnåelse av følelsen til å ha kontroll og mening ved deltakelse i lokalsamfunnet, der deltakelse skulle bidra til forandring i videre forstand enn til kun å gjelde ens egen helse (Strøm & Fagermoen , 2011, s. 68).

### 3.4 Kommunikasjon

Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon er basert på selve sykepleierens verdigrunnlag. I de norske yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fra 2011 står det at grunnlaget for all sykepleie skal være *”respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet”* og at *”sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter”*. Dette innebærer å beskytte mot skade, og å bidra til å styrke den andre til å ivareta egen helse og bruke sine ressurser (Eide & Eide, 2007, s. 19).

Et sentralt prinsipp som blir gjeldende her vil være ikke skade-prinsippet. Dette prinsippet går i hovedsak ut på skånsomhet og omtanke i pleiebehandling. Det sier noe om hvordan en skal oppføre seg, det å være varsom og empatisk, og hva man ikke skal utsette pasienten for som en del av pleien (Nortvedt P. , 2012, ss. 96-97).

Et annet sentralt prinsipp som vil være gjeldende er autonomiprinsippet. Dette gjelder å se på mennesket som et selvbestemmende vesen. I sykepleien blir derfor autonomiprinsippet et viktig uttrykk, da det sier noe om at pasienten, hvis han eller hun er kompetent til å ta egne valg, selv skal bestemme over sin behandling og pleie, inkludert retten til å nekte slik hjelp (Nortvedt P. , 2012, ss. 97-98).

Kjernen i profesjonell kommunikasjon i helseyrkene er at den er faglig velfundert og til hjelp for pasienten. Hjelpende kommunikasjon er ofte åpen, med et visst ubestemt og uforutsigbart preg. Ved å få tillit til at dette åpne og ubestemte kan føre noe godt med seg, er en forutsetning for nærhet og kontakt. På denne måten kan en skape en god relasjon og gi muligheten til å gi god hjelp og støtte. I kommunikasjon er det svært viktig å anerkjenne den andre, være aktivt lyttende og åpen, men samtidig direkte (Eide & Eide, 2007, s. 12). Alle relasjoner vil kunne kreve etiske spørsmål og dilemmaer, men god kommunikasjon kan være med på å løse disse. Som sykepleier i arbeid vil relasjonen man har til pasienter og pårørende være den viktigste (Eide & Eide, 2007, s. 100).

### 3.4.1 Støtte

Man kan bruke det Florence Hollis mener om det å støtte: *”en aktiv handling og som noe av det viktigste vi gjør i vårt arbeid med klienter”*. I begrepet støtte ligger det også andre begreper som akseptering, forståelse, empati, omtanke, interesse, oppmuntring og stimulering (Aamodt , 2014, ss. 68-69).

Å oppleve sosial støtte kan virke både forebyggende og behandlende, spesielt med tanke på depresjon. Et nettverk bestående av personer som er empatiske, har et godt innarbeidet gi og ta-forhold til personen, kan være en beskyttende faktor (Eknes , 2006, s. 223).

### 3.5 Hildegard Peplau

Hildegard Peplau var den første sykepleieren som beskrev de psykodynamiske aspektene ved sykepleier-pasient-forholdet fra et sykepleieperspektiv, inspirert av psykoanalytisk tenkning. Peplau har bakgrunn i psykiatrisk sykepleie, og ser på sykepleie som en terapeutisk og mellommenneskelig prosess. Målet for denne prosessen mener hun er å fremme helse og utvikling av personligheten i retning av et kreativt, konstruktivt og produktivt liv, både personlig og sosialt. Hovedpoenget til Peplau er at utviklingen av relasjonen mellom sykepleier og pasient er sentralt for det terapeutiske utbyttet av sykepleien (Eide & Eide, 2007, s. 130).

Peplau hevder at sykepleiens faser og målrettede natur må anerkjennes før det er mulig å sette opp gode planer for arbeidet. Dette krever å hjelpe pasienten til å forstå hva sykdommen eller lidelsen innebærer. Dette vil være en forutsetning for at sykepleieren skal fungere som en terapeutisk og modnende kraft (Eide & Eide, 2007, s. 131).

### 3.6 Presentasjon av funn

#### 3.6.1 Artikkel nr.1

*”Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder”*  
(Morriss, et al., 2010)

Hensikten med studien var å sammenligne tidlige varseltegnintervensjoner, også kalt for EWS, i kombinasjon med medikamentell behandling og med medikamentell behandling alene.

Resultatene viste at EWS hadde en positiv effekt på tid til første tilbakefall samt på tid til manisk og depressive episoder. EWS hadde også en positiv effekt på prosentandelen som måtte innlegges på sykehus samt funksjonsnivå hos voksne med bipolar lidelse. Forfatterne mener at psykisk helsevern bør vurdere rutinemessig varseltegnintervensjoner til voksne med bipolar lidelse, da de vises å redusere sykehusinnleggelser og dermed kan være kostnadseffektive.

### 3.6.2 Artikkel nr.2

*“Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder – A systematic review on the evidence for mental health nursing practice”* (Crowe, Whitehead, Wilson, Carlyle, O’Brien, Inder & Joyce, 2010).

Studien hadde solide bevis for å belyse effekten av psykososiale intervensjoner som et supplement til medikamentell behandling. Alle de identifiserte psykososiale intervensjonene inkluderte en form for psykoedukasjon: utvikling av aksept for lidelsen, bevissthet om tidlige symptomer og tegn på tilbakefall, kommunikasjon med andre samt regelmessige søvn og aktivitetsvaner.

Konklusjonen var at sykepleiere har en viktig rolle for å innføre psykososiale intervensjoner i praksis.

### 3.6.3 Artikkel nr.3

*“Listen, empower us and take action now!': reflexive-collaborative exploration of support needs in bipolar disorder when 'going up' and 'going down'”* (Billsborough, Mailey, Hicks, Sayers, Smith, Clewett, Griffiths & Larsen, 2014).

Resultatene viste at støttebehovet er forskjellige i en manisk og depressiv fase. Ved manisk fase trengte personene en beroligende tilnærming og oppmuntring for å unngå overstimulerende aktiviteter. Ved depressiv fase var det viktig med positiv aktivitet og det å kunne engasjere seg i hverdagen. Tre kjernetemaer viste effekten av støtte: å bli lyttet til med aktivt engasjement gjennom aksept og oppmuntring, empowerment gjennom utvikling av selvstendig mestring og tidlige tiltak og forståelse av varseltegn for å kunne beskytte individet.

### 3.6.4 Artikkel nr.4

*“Coping styles of Outpatients With a Bipolar Disorder”* (Goossens, Knoppert-van der Klein, & van Achterberg, 2008).



Resultatene viste at polikliniske pasienter med bipolar lidelse fra Nederland har et dårligere reaksjonsmønster og en mer unnvikende mestringsstil sammenlignet med folk fra den generelle befolkningen, men at pasienter som bruker en kriseplan generelt har en mer aktiv mestringsstil. Det kom også frem at sykepleiere generelt sett bør støtte pasienter med bipolar lidelse til å mestre ferdigheter som å be om støtte og gjøre bevisste valg. Sykepleieintervensjoner og aktiviteter ble funnet til å være mest lovende i arbeid med pasienter med bipolar lidelse: det å kunne etablere en langsiktig og nær relasjon med pasienten og hans eller hennes slektninger (preget av en holdning som innebar empowerment, åpen og interessert sykepleier) viste seg å være viktig.

## 4.0 Drøfting

Jeg vil i denne delen av oppgaven drøfte hvordan sykepleiere kan bidra til at pasienter med bipolar lidelse gjenkjenner og mestrer egne symptomer. Dette vil jeg gjøre ved å sette opp mine funn fra forskningsartikler opp mot teori presentert tidligere i oppgaven.

### 4.1 Støttebehovet

I studien til Billsborough , et al., (2014) kom det frem at pasienter med bipolar lidelse hadde god nytte av støttebehov i perioder med maniske og depressive episoder, ved at de blant annet ble lyttet til av helsepersonell gjennom aksept og oppmuntring av lidelsen. Hummelvoll (2012 ) mener at det alltid vil være viktig for en sykepleier i arbeid å ha en humanistisk og eksistensiell forståelse ovenfor sine pasienter. Han sier videre at pasienten skal bli sett og forstått, og samtidig oppleve et godt møte med personalet i form av respekt. Dersom en sykepleier er med på å støtte pasienter gjennom aktiv lytting og engasjement, kan pasientene samtidig utvikle aksept og forståelse av sin egen lidelse (Aamodt , 2014). Dette målet kommer også godt frem i Peplau sin beskrivelse av sykepleiens ulike faser. Hun hevder at anerkjennelse er en viktig del av det å hjelpe pasienten til å forstå hva sykdommen eller lidelsen innebærer (Eide & Eide, 2007).

I følge Eknes (2006) kan sosial støtte virke både forebyggende og behandlende for pasienter med psykiske lidelser. Dette innebærer at man har et nettverk bestående av personer som viser seg å være empatiske. Da han hevder at støtte kan virke forebyggende, vil det være viktig for en sykepleier å ta dette i betraktning.

Ut i fra disse funnene, viser det seg at støtte kan virke positivt og forebyggende for pasienter. Likevel kan det være aktuelt å stille spørsmål ved dette, da støtte blir begrunnet med at det kan virke

forebyggende dersom pasienten har et fullverdig nettverk rundt seg. Familier kan være ulike, og det kan være familier som ikke er støttende. Hos pasienter i en manisk fase mener Billsborough, et al., (2014) at det vil være viktig med en beroligende tilnærming og oppmuntring. På denne måten kan en unngå overstimulerende aktiviteter for pasienten.

Enkelte pasienter kan ha en stor familie og nettverk rundt seg, mens andre pasienter kan ha få rundt seg med et lite nettverk. Dette er noe jeg selv har erfart fra mine psykiatripraksiser, og i enkelte tilfeller har pasienter opplevd det som belastende å bruke sitt eget nettverk som støttebehov, da det har vært minimalt med personer å henvende seg til. Studien til Billsborough, et al., (2014) viste også at det spesielt var viktig med positiv aktivitet og engasjement i en depressiv fase. For sykepleiere vil det derfor være spesielt viktig å bidra til dette hos pasienter i en depressiv fase, og ikke minst hos pasienter med et lite nettverk og få støttepersoner.

## 4.2 Veiledning av pasienten

I studien til Morriss, et al., (2010) viste det seg at varseltegnintervensjoner hadde en positiv effekt, da spesielt med tanke på tid til første tilbakefall samt på tid til maniske og depressive episoder. Studien argumenterer for at disse intervensjonene kan være forebyggende arbeid, noe som igjen kan virke positivt for pasienten sin egen opplevelse av mestring. Ved bruk av slike intervensjoner kunne man også redusere sykehusinnleggelses, noe som ville vært kostnadseffektivt.

Studien til Crowe, et al., (2010) konkluderte med at sykepleiere har en viktig rolle for å innføre psykososiale intervensjoner i praksis. Ved å innføre slike intervensjoner kunne pasientene blant annet utvikle aksept for lidelsen sin, bevissthet om tidlige symptomer og tegn på tilbakefall. Crowe, et al., (2010) mener videre at sykepleiere er godt posisjonert til å sette i gang slike tiltak i psykisk helsevern på grunn av sin erfaring og kompetanse i arbeid med pasienter med bipolar lidelse.

Ut i fra disse funnene, kan det vise seg å være gunstig å sette i gang slike sykepleieintervensjoner. Dersom en skal sette i gang dette, kreves det av sykepleieren å kunne veilede pasienten på en god måte. En god veiledning forutsetter at man har en nær og direkte kontakt mellom veilederen og den eller de som veiledes. Ut i fra Dalland sin definisjon på veiledning sier man at veilederen med faglig innsikt og holdning skal hjelpe en person til å definere sitt problem og oppnå kunnskap og ferdigheter til å løse det. Man kan si at målet for veiledning i hovedsak dreier seg om læring (Dalland, 2010). Dersom sykepleieren på en god måte klarer å veilede pasienten gjennom

sykepleieintervensjoner, kan det gi positiv effekt ved at pasientene øker sin egen bevissthet om tidlige symptomer og tegn på tilbakefall, noe som igjen kan føre til færre sykehusinnleggelses.

Noe som også har vist seg å være svært sentralt i dagens helsevesen, er lærings- og mestringstilbud rettet mot å hjelpe personer med langvarige lidelser. Psykoedukasjon er noe som går innunder disse lærings- og mestringstilbudene. Ettersom bipolar lidelse er en langvarig og kronisk lidelse vil dette derfor være aktuelt for disse pasientene. I studien til Crowe, et al., (2010) kom det frem at intervensjonene som ble satt i gang inkluderte en form for psykoedukasjon. Dette innebærer å gi informasjon til pasienten og pårørende om lidelsens tilbakevendende karakter, prinsippene for behandlingen, gjenkjenning av faresignaler og unngåelse av stressfaktorer (Skårderud, et al., 2010). Psykoedukasjon kan derfor i følge Crowe vise seg å være effektivt og positivt for pasienter med bipolar lidelse. Ved å få informasjon og veiledning om sin egen lidelse, kan de på samme tid utvikle aksept ved lidelsen og lære å kontrollere lidelsen bedre (Helsedirektoratet, 2012).

Ut i fra dette kan det vise seg at sykepleieintervensjoner og psykoedukasjon kan virke positivt for pasienter med bipolar lidelse. Disse lærings- og mestringstilbudene er viktige fordi sykdommer og helseproblemer kan måtte innebære å leve med symptomer og plager som virker inn på arbeidsevnen og familie- og hverdagslivet, noe som igjen kan føre til at man får begrenset sine aktiviteter og egen deltakelse i samfunnet som kan gi dårligere livskvalitet. Samhandlingsreformen understreker viktigheten av dette (Fagermoen & Lerdal, 2011).

Selv om disse tiltakene er viktige og har vist seg å være gunstige, kan det kreve en viss kunnskap og kompetanse fra sykepleiere å utføre. Ulike institusjoner kan ikke ha tilgang på de ressursene det krever for å utføre slike intervensjoner, og å veilede maniske og depressive pasienter kan være utfordrende til tider og vil kreve mye tid.

### 4.3 Kommunikasjon og relasjon

Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon er basert på selve sykepleieren sitt verdigrunnlag. Nettopp på grunn av dette vil kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient være et sentralt tiltak man som sykepleier kan bidra til for at pasienter med bipolar lidelse kan oppnå mestring av sin lidelse. I følge Eide kan god kommunikasjon være med på løse etiske spørsmål og relasjoner (Eide & Eide, 2007).

I følge Goossens, et al., (2008) var det enkelte tiltak som viste seg å være lovende i arbeid med pasienter med bipolar lidelse. Et av disse var å kunne etablere en langsiktig og nær relasjon med

pasienten og hans eller hennes slektninger. I følge Eide er kjernen i kommunikasjon nettopp det å kunne skape en god relasjon (Eide & Eide, 2007). På bakgrunn av dette vil kommunikasjon være av stor betydning i arbeid med pasienter.

I mine psykiatripraksiser har jeg selv erfart hvor viktig kommunikasjon kan være med på bidra til mestring hos pasienter med bipolar lidelse, både hos pasienter i en depressiv og manisk fase. Ettersom noen av symptomene på mani er hevet stemningsleie, irritabilitet og aggressivitet kan det være utfordrende å nå inn til disse pasientene Aarre, et al., (2009). I disse situasjonene har jeg erfart at mange sykepleiere har hatt en tilnærming lik det Eide (2007) beskriver: de har anerkjent den andre, vært aktivt lyttende og åpne, men samtidig direkte. Ut i fra det jeg har erfart i mine psykiatripraksiser har kommunikasjonen vært av svært stor betydningen for pasienter med bipolar lidelse. Mange pasienter har hatt behov for å få ut sorg, glede og frustrasjon. Da har det vært godt for mange å ha en sykepleier til stede som bidrar til en god og lyttende kommunikasjon. I studien til Billsborough, et al., (2014); viste det seg også å være gunstig med en beroligende tilnærming til pasienter i en manisk fase.

#### 4.4 Empowerment

Ut i fra Ottawa-charteret sin beskrivelse av empowerment kan man si at det er en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre sin egen helse (Strøm & Fagermoen , 2011). I studiene til Billsborough, et al., (2014) og Goossen, et al., (2008) var empowerment noe som gikk igjen flere ganger. Det viste seg at empowerment var gode og lovende tiltak som sykepleiere burde legge til rette for pasienter med bipolar lidelse.

Empowerment vil være et viktig tiltak som sykepleiere kan bruke for at pasienter med bipolar lidelse oppnår mestring av sin lidelse. Dette på grunn av at empowerment kan gjøre at personer eller grupper gjennom egenmobilisering kan bli i stand til å motarbeide krefter som holder dem nede, få mer makt, styring og kontroll over eget liv (Strøm & Fagermoen , 2011).

Ut i fra hvordan empowerment blir beskrevet som ovenfor, vil jeg si at dette i store trekk også handler om hvordan mestring blir definert. I korte trekk definerer Hvinden (2011) mestring som en opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Ved å bruke empowerment som et tiltak vil jeg derfor påstå at pasienten kan oppleve mestring.

Et prinsipp som blir gjeldende innunder empowerment er autonomiprinsippet. Dette dreier seg i hovedsak om å se på mennesket som et selvbestemmende vesen. Det sier noe om at pasienten, hvis

han eller hun er kompetent til å ta egne valg, selv skal bestemme over sin behandling og pleie, inkludert retten til å nekte slik hjelp (Nortvedt P., 2012). Ettersom jeg anser empowerment og autonomiprinsippet som viktige tiltak, reiser det seg likevel spørsmål om hvor mye en skal la pasienter med bipolar lidelse få styre og kontrollere sitt eget liv. For dersom en pasient går inn i en manisk fase eller en dyp depresjon, vil de da være kompetente til å ta viktige og riktige avgjørelser om sitt eget liv?

Ettersom 25% av pasientene med bipolar lidelse forsøker å ta livet av seg, mener jeg det vil være riktig å bruke empowerment og autonomiprinsippet til en viss grad. Ved mani kan personen handle impulsivt, innlede tilfeldige bekjentskap med fremmede og bruke kommunikasjon som er ukritisk og upassende (Aarre, et al., 2009). Det kan derfor bli riktig å gripe inn i personen sin tilværelse med tanke på personen sitt eget beste, men ved å vise respekt og lytte til pasienten. Ved å tilrettelegge kan pasienten også være med på å ta visse avgjørelser. I slike situasjoner vil det være spesielt viktig å ta hensyn til hva personen selv ønsker, særlig med tanke på pasient- og brukerrettighetsloven §3-1, ettersom den sier at pasienten har rett til å medvirke i valget mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder (Helsedirektoratet , 2012).

Videre mener jeg det vil være viktig for sykepleiere å ta ikke-skade prinsippet i betraktning med tanke på empowerment. Dette sier noe om hvordan man skal oppføre seg, ved å være varsom og empatisk. Selv om empowerment kan bidra til mestring hos pasienter med bipolar lidelse, vil de likevel ha behov for behandling og pleie. Sykepleiere har et ansvar for pasienter i pleie, og dette prinsippet sier noe om hva man ikke skal utsette pasienten for (Nortvedt P., 2012). Som beskrevet ovenfor kan maniske pasienter handle impulsivt, og ikke nødvendigvis handle til deres eget beste. På bakgrunn av dette burde en sykepleier alltid ha ikke-skade prinsippet med seg, men ved å tilrettelegge det med autonomi-prinsippet. Dette kan skape et samarbeid mellom pasienten og sykepleieren.

#### **4.5 Utarbeiding av kriseplan**

En kriseplan er en plan som beskriver hvilke tiltak som skal settes i verk dersom pasienten får tegn på tilbakefall av sin psykiske lidelse. Dette er noe som pasienten kan være med på å utarbeide sammen med sykepleier og pårørende dersom pasienten tillater det. I følge Aarre (2009) opplever mange pasienter at de får en klarere rolle, mer myndighet og ansvar når de deltar i arbeidet av en slik plan (Aarre, et al., 2009).

I følge studien til Goossens, et al., (2008) hadde pasienter med bipolar lidelse et dårligere reaksjonsmønster og en mer unnvikende mestringsstil sammenlignet med folk fra den generelle befolkningen. Likevel viste det seg at pasienter som bruker kriseplan generelt har en mer aktiv mestringsstil. Dette kan mulig forklares ved at pasienter som bruker kriseplan, spesifiserer sine egne symptomer i planen. Kriseplanen kan for eksempel bestå av spørsmål om pasienten begynner å bli så ukritisk at en burde søke hjelp (Thingnæs , 2012). Ut i fra dette funnet mener jeg at det kan være viktig for en sykepleier å utarbeide en kriseplan i lag med pasienten. Dette kan være med å fremme mestring da det blir sagt at pasienter i et slikt arbeid føler på myndighet og ansvar.

Forutsetningen for å utarbeide en god og riktig kriseplan, vil være at pasienten og sykepleier har en god relasjon og kommunikasjon seg i mellom. Sykepleieren må være aktiv og lyttende til pasienten, og ikke ta over arbeidet for pasienten. Det vil være pasienten som kjenner seg selv best, og det er viktig at det er pasienten som er hovedpersonen i sin egen plan.

Selv om en kriseplan kan være et steg i riktig retning for at pasienten opplever mestring, er det likevel en forutsetning at pasienten faktisk bruker kriseplanen aktivt dersom han eller hun føler på tilbakefall av lidelsen. Dersom den ikke aktivt blir brukt vil den ha liten hensikt for selve mestringsfølelsen for pasienten. En annen forutsetning vil også være at den blir jevnlig oppdatert, da pasienten kan lære seg å kjenne sine egne symptomer bedre etter hvert.

## 5.0 Konklusjon

Sykepleiere har en viktig jobb innenfor den ikke medikamentelle-delen når det kommer til å bidra til mestring og gjenkjenning av symptomer hos pasienter med bipolar lidelse. Det har vist seg at miljø kan vær en stor del av årsaken til bipolar lidelse. Sykepleiere vil gjerne være de som møter pasientene flere ganger over lengre tid. Det er viktig at sykepleiere anerkjenner styrkene hos pasientene og ser på de som et fullverdig menneske selv med lidelsen. Pasientene må bli oppmuntret i sin egen mestringsprosess, da de på denne måten kan utvikle en meningsfull opplevelse og ha en positiv identitet uavhengig av diagnosen.

Sykepleiere må bidra til å opprettholde støtte, da det har vist seg at støttebehov er viktig og at det kan virke forebyggende for pasienter med bipolar lidelse. Ved å aktivt bruke empowerment med tilrettelegging, kan det bidra til egenmobilisering og bidra til at pasientene får mer makt, styring og kontroll over eget liv. Kriseplan har vist seg å være gunstig for pasienter med bipolar lidelse dersom

denne aktivt blir tatt i bruk. Sykepleiere må bidra til at en slik plan blir utarbeidet i lag med pasienten, da det kan være med på å fremme mestring og gjøre at pasienten føler på myndighet og ansvar. Sykepleiere må ha gode kommunikative egenskaper og ferdigheter. På denne måten kan man skape relasjoner og få pasienten til å føle trygghet og støtte. Ved å veilede pasientene kan sykepleiere bidra til at pasientene definerer utfordringene sine og oppnår kunnskap og ferdigheter til å løse de.

Det har vist seg at det finnes noe forskning på hvordan sykepleiere kan bidra til at pasienter med bipolar lidelse gjenkjenner og mestrer egne symptomer. Forskningen jeg har tatt med påviser at flere ikke-medikamentelle tiltak sannsynligvis har en positiv effekt når det kommer til mestring og gjenkjenning av symptomer hos pasienter med bipolar lidelse. Likevel kan det nok trengs noe flere og oppdaterte forskningsartikler på akkurat dette feltet. I og med at noen av tiltakene har vist seg å være kostnadseffektive med tanke på innleggelse, kan det være gunstig å prioritere dette videre i forskning.

## Bibliografi

- Aamodt , L. G. (2014). *Den gode relasjonen* (2. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk .
- Aarre, T. F., Bugge, P., & Juklestad, S. I. (2009). *Psykatri for helsefag* . Bergen : Fagbokforlaget .
- Billsborough , J., Mailey , P., Hicks, A., Sayers, R., Smith , R., Clewett, N., . . . Larsen , J. (2014, Januar 28). *'Listen, empower us and take action now!': reflexive-collaborative exploration of support needs in bipolar disorder when 'going up' and 'going down'*. Hentet April 8, 2016 fra Journal of Mental Health: DOI: 10.3109/09638237.2013.815331
- Christoffersen , L., Johannessen , A., Tufte , P. A., & Utne , I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* . Oslo : Abstrakt forlag .
- Crowe, M., Whitehead , L., Wilson , L., Carlyle, D., O'Brien, A., Inder, M., & Joyce , P. (2010, Februar 14). *Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder - A systematic review of the evidence for mental health nursing practice*. Hentet April 14, 2016 fra International Journal of Nursing Studies: doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.02.012
- Dalland , O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere* (2. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk .
- Dalland, O. (2012 ). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2 . utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eknes , J. (2006). *Depresjon og mani. Forståelse og behandling* . Oslo: Universitetsforlaget .
- Fagermoen , M. S., & Lerdal , A. (2011). Teoretiske modeller for læring og mestring. I M. S. Fagermoen, & A. Lerdal , *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Stockholm : Natur & Kultur .
- Goossens , P. J., Knoppert-van der Klein , E. A., & van Achterberg, T. (2008, Oktober). *Coping Styles of Outpatients With a Bipolar Disorder* . Henta April 8, 2016 frå Archives of Psychiatric Nursing: doi:10.1016/j.apnu.2007.07.001
- Helsedirektoratet . (2012). *Nasjonalt fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar* . Oslo : Helsedirektoratet .
- Helsedirektoratet. (2015). *Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for individuell plan og koordinator*. Hentet Mai 25 , 2016 fra Helsedirektoratet : <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=kommunens-og-spesialisthelsetjenestens-ansvar-8180>



- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk .
- Hvinden , K. (2011). Etablering av lærings- og mestringsentra. I A. Lerdal , & M. S. Fagermoen , *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Tverrsnittstudie*. Hentet Mai 5, 2016 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie/>
- Molven , O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk .
- Morriss, R., Faizal , M. A., Jones , A. P., Williamson, P. R., Bolton , C. A., & McCarthy , J. P. (2010). *Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder (Review)*. Henta April 4, 2016 frå Cochrane Database of Systematic Reviews : DOI: 10.1002/14651858.CD004854.pub2.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2009, Oktober). *Livet med bipolar lidelse. Erfaringer fra mennesker med diagnosen*. Hentet April 11, 2016 fra Folkehelseinstituttet: <http://www.fhi.no/artikler/?id=82555>
- Nortvedt , P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart , L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* (2. utg.). Oslo : Cappelen Damm .
- Olsson , H., & Sörensen , S. (2003 ). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver* (1. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk .
- Pedersen , T. (2014, November 21). *Ulike typer bipolar lidelse*. Hentet Mai 20, 2016 fra Helsenett: [https://www.helsenett.no/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7315:ulike-typer-bipolar-lidelse&catid=211:psykiatri&Itemid=533](https://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&view=article&id=7315:ulike-typer-bipolar-lidelse&catid=211:psykiatri&Itemid=533)
- Skårderud , F., Haugsgjerd , S., & Stänicke , E. (2010 ). *Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn* (1. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk .
- Strøm , A., & Fagermoen , M. S. (2011). Brukermedvirkning som medtjenesteytelse. I A. Lerdal , & M. S. Fagermoen , *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Thingnæs , G. (2012). *Mestringsbok ved stemningslidelser* (2. utg., Vol. Hertervig Akademisk ). Stavanger .

## Vedlegg 1

### KRISEPLAN

Hvis jeg har varselsignaler for tilbakefall, kan jeg ha nytte av en kriseplan. Foruten meg selv bør pårørende, behandleren, fastlegen og eventuelt andre hjelpere ha gjenpart av denne planen. Mine varselsignaler for tilbakefall er:

- |         |         |
|---------|---------|
| 1 _____ | 4 _____ |
| 2 _____ | 5 _____ |
| 3 _____ | 6 _____ |

Hvordan kan jeg begrense depressiv tenkning, bekymring, grubling og selvkritikk?

\_\_\_\_\_

Hvordan kan jeg opprettholde aktiviteter som gir en opplevelse av mestring og tilfredsstillelse?

\_\_\_\_\_

Hvordan kan jeg unngå å isolere meg? \_\_\_\_\_

Er jeg så ukritisk at jeg bør søke hjelp? \_\_\_\_\_

Hvem er min kontaktperson hvis jeg trenger hjelp?

\_\_\_\_\_

Telefonnummer til behandler \_\_\_\_\_

Hvem skal jeg kontakte hvis jeg ikke får svar? \_\_\_\_\_

Telefonnummer til legevakten: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Pasientens underskrift: \_\_\_\_\_ Behandlerens underskrift: \_\_\_\_\_

### LITTERATUR:

Berge, Torkil & Arne Repål: Lykketyvene. Oslo 2005. Side 140-151.

Haver, Brit, Kjetil J. Odgaard & Ole Bernt Fasmer: Bipolare lidelser. Bergen 2012.

