

Bipolar lidelse

Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med bipolar lidelse gjenkjenner og mestrer egne symptomer?



Diakonhjemmet Høgskole

Kandidatnummer: 1049

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 11SYKHEL

Antall ord: 9232

13.03.2014

Sammendrag

Denne oppgaven omhandler pasienter med bipolar lidelse, og hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter med bipolar lidelse gjenkjenner og mestrer egne symptomer. Oppgaven er et litteraturstudium.

I oppgaven har jeg tatt for meg teori om Joyce Travelbee's sykepleieteori, samt benyttet relevant faglitteratur innen temaet bipolar lidelse. I tillegg har jeg benyttet fire forskningsartikler, som er funnet fra henholdsvis Cinahl og Cochrane.

I oppgaven har jeg drøftet hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten til å kartlegge pasientens egne symptomer, sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, kommunikasjonens betydning, viktigheten av samtaler mellom sykepleier og pasient, psykososiale behandlingsformer og utarbeiding av kriseplan.

Veiledning og undervisning er en viktig del i forebyggende helsearbeid.

Kommunikasjon og etablering av et menneske-til-menneske forhold er en viktig byggestein i arbeidet med pasienter med bipolar lidelse. Utarbeiding av kriseplan er et viktig, kanskje nødvendig redskap for at pasienter med bipolar lidelse skal mestre lidelsen.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1.0 INNLEDNING.....	4
1.1 VALG AV TEMA	4
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	5
1.3 AVGRENSNING.....	5
1.4 DEFINISJON AV BEGREPER	6
1.5 FORMÅLET MED OPPGAVEN	7
2.0 TEORI.....	8
2.1 BIPOLAR LIDELSE	8
2.1.1 Årsaksforhold	8
2.1.2 Nevropsykobiologiske forandringer.....	9
2.2 MANI	9
2.2.1 Diagnostiske kriterier	10
2.3 DEPRESJON.....	11
2.4 BEHANDLING	11
2.4.1 Medikamentell behandling.....	12
2.4.2 Ikke-medikamentell behandling	13
2.5 VEILEDNING	14
2.6 JOYCE TRAVELBEE.....	15
2.7 MESTRING.....	17
2.8 RAMMEPLAN OG RETNINGSLINJER.....	17
3.0 METODE.....	18
3.1 LITTERATURSTUDIE.....	19
3.2 LITTERATURSØK: DATABASER OG SØKEORD.....	19
3.3 INKLUSJON, EKSKLUSJONSKRITERIER	20
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	21
4.1 INTERVENTIONS FOR HELPING PEOPLE RECOGNISE EARLY SIGNS OF RECURRENCE IN BIPOLAR DISORDER (MORRIS M.FL. 2007).....	21
4.2 FEELING OUT OF CONTROL: A QUALITATIVE ANALYSIS OF THE IMPACT OF BIPOLAR DISORDER (CROWE M.FL. 2011).....	21
4.3 WHAT HAPPENS AFTER DIAGNOSIS? UNDERSTANDING THE EXPERIENCES OF PATIENTS WITH NEWLY-DIAGNOSED BIPOLAR DISORDER (PROUDFOOT M.FL. 2009).	22
4.4 PRODROMAL SYMPTOMS TO RELAPSE IN BIPOLAR DISORDER (SIERRA M.FL. 2007).....	22
4.5 KILDEKRITIKK	23
5.0 DRØFTING.....	25
5.1 KARTLEGGING AV SYMPTOMER.....	25
5.2 SAMTALE MED PASIENTEN	26
5.3 UNDERVISNING OG VEILEDNING I FORHOLD TIL GJENKJENNING AV SYMPTOMER OG MESTRING.....	26
5.4 PSYKOSOSIALE BEHANDLINGSFORMER.....	30
5.5 KOMMUNIKASJONENS BETYDNING.....	31
5.6 KRISEPLAN	31
6.0 KONKLUSJON.....	33
7.0 LITTERATURLISTE.....	35
7.1 ARTIKLER.....	36
7.2 INTERNETT.....	37

1.0 Innledning

Bipolar lidelse type I, tidligere kalt manisk-depressiv sinnslidelse (Malt m.fl. 2012:470), er en alvorlig og kronisk lidelse. Lidelsen fører til store svingninger i personens stemningsleie og kan føre til utfordrende konsekvenser for personens nære relasjoner, yrkessammenheng og økonomi. Lidelsen innebærer svingninger mellom episoder med mani og episoder med depresjon. Bipolar lidelse kan være som en berg-og-dal-bane, med spennende høyder og skremmende stup. Begge ytterpunktene truer både personens helse og sikkerhet. Eknes hevder at det ikke er urimelig å anslå forekomsten av bipolar lidelse type I til i underkant av 1,5% av befolkningen, men at forekomsten vil variere noe avhengig av hvilke metode og kriterier man benytter (2006:189).

1.1 Valg av tema

Jeg hadde psykiatripraksis på et distriktpsykiatrisk senter, noe jeg syntes var både spennende og lærerikt. Før jeg gikk ut i praksis hadde jeg aldri møtt mennesker med bipolare lidelser. Under forberedelsene hadde jeg lest om mennesker med diagnosen og tenkte at jeg syntes det var interessant. Under praksisperioden møtte jeg raskt pasienter med bipolare lidelser og var heldig og fikk følge noen av disse gjennom flere uker. Ved valg av tema visste jeg umiddelbart at jeg ville ta for meg noe innenfor psykiatrien. Dette kan begrunnes i at jeg synes psykisk helse er utrolig utfordrende, men ikke minst spennende.

Jeg var innom mange forskjellige og interessante tema før valget endelig falt på bipolar lidelse. I praksis hadde jeg kun møtt pasienter med bipolar lidelse type II. I løpet av den perioden følte jeg at jeg fikk en god relasjon med disse menneskene jeg møtte, og dette var nok også med på å engasjere meg mot valget av tema. Videre skyldes det stor interesse for psykisk helse samt lysten til å utvide min kompetanse innenfor faget. Samtidig er det viktig å ha kunnskap om lidelsen da man kan møte pasienter med bipolare lidelser i somatikken så vel som i psykiatrien. Etter å ha bestemt meg for å skrive om bipolaritet måtte jeg finne ut hvordan jeg ville vinkle det hele. Etter å ha sett litt i faglitteraturen fant jeg mye om lidelsens karakter. I forhold til behandling fikk jeg inntrykk av at det var mye litteratur som omhandlet medikamentell behandling, og ikke fult så mye rundt andre behandlingsformer. Dette

gjorde meg nysgjerrig på hva som fantes av forskning på ikke-medikamentell behandling for bipolare lidelser. I forhold til symptomer og gjenkjenning av disse ønsket jeg å se nærmere hva jeg kunne finne av forskning rundt gjenkjenning av symptomer. Jeg ønsket å se nærmere på sykepleiers rolle, og hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter med bipolar lidelse. I tillegg kom jeg frem til at mestring ville være sentralt. På folkemunn sies mestring gjerne å handle om hvordan mennesker håndterer krevende situasjoner på. Litteraturen påpeker viktigheten av mestring i samsvar med hva jeg har erfart det betyr for pasienter.

1.2 Presentasjon av problemstilling

I prosessen frem mot en problemstilling var det mye som gjentok seg. Særlig gikk begrepene mestring, sykepleier, veiledning, støtte, hjelpe og symptomer igjen. Jeg brukte mye tid på hvorvidt jeg skulle bruke ”hjelp”, ”støtte” eller ”veilede”. Jeg kom frem til at ”hjelp” kanskje ville virke for diffust og dermed lite hensiktsmessig. Til slutt kom jeg frem til følgende problemstilling:

HVORDAN KAN SYKEPLEIER BIDRA TIL AT PASIENTER MED BIPOLAR LIDELSE GJENKJENNER OG MESTRER EGNE SYMPTOMER?

1.3 Avgrensning

Bipolar lidelse deles i hovedsak inn i to hovedgrupper, type I og type II. Type I innebærer perioder med mani og depresjon, mens type II innebærer perioder med hypomani og depresjon (Aarre 2012:96). Skillet dreier seg dermed i hovedsak om graden av oppstemthet. Jeg har valgt å avgrense oppgaven ved å forholde meg til bipolar lidelse type I. Dermed vil jeg sikte til både mani og depresjon når jeg videre taler om bipolaritet. Når jeg taler om sykepleier, henvender jeg meg til en sykepleier uten noen form for videreutdanning. Dette fordi jeg mener at det å forholde seg til sykepleiere med videreutdanning blir noe utenfor mitt kompetansefelt. Pasienter med bipolare lidelser kan man møte på i flere forskjellige typer institusjoner. Derfor er det særlig relevant og viktig at sykepleiere har god kunnskap om lidelsen. Jeg har videre valgt å forholde meg til pasienter med bipolar lidelse type 1 innlagt på psykiatrisk døgnhet. Psykiatere synes å være noe uenige om hvorvidt barn kan diagnostiseres

med lidelsen. Jeg har dermed valgt å ekskludere barn med lidelsen. Det samme gjelder eldre (65+) med lidelsen.

1.4 Definisjon av begreper

Kunnskapsforlaget om begrepet bidra:

Bidra; *delta, hjelpe, medvirke* (1998).

Når jeg taler om hvordan sykepleier ”kan bidra til at” sikter jeg altså til hvordan sykepleier kan delta, hjelpe, medvirke til å oppnå et bestemt mål.

Diagnosesystemet ICD-10 definerer **bipolar affektiv lidelse**, F31, slik:

Lidelsen kjennetegnes av to eller flere episoder der pasientens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret. Forstyrrelsen består noen ganger i hevet stemningsleie (oppstemthet) og økt energi og aktivitet (hypomani og mani) og andre ganger i senket stemningsleie (nedstemthet) nedsatt energi og aktivitet (depresjon). Gjentatte episoder av bare hypomani eller mani skal klassifiseres som bipolar lidelse.

Store medisinske leksikon om mani:

”**Mani**, tilstand kjennetegnet ved sykelig grad av vedvarende løftet, ekspansivt eller irritabelt stemningsleie” (sml.no).

Store medisinske leksikon om hypomani:

”**Hypomani**, lett hevet stemningsleie i forhold til det som er vanlig for personen” (sml.no).

Dalland definerer veiledning slik:

Veiledning er bistand der veilederen med faglig innsikt og holdninger hjelper en person til å definere sitt problem og oppnå kunnskap og ferdigheter til å løse det (2010:127).

Helsekompetanse om psykoedukasjon:

En definisjon på **psykoedukasjon** er at det er et tilbud om systematisk, strukturert og didaktisk informasjon om psykiske lidelser og deres behandling (Helsekompetanse.no).

Store medisinske leksikon om symptom:

Symptom, subjektiv opplevelse av at noe er unormalt med en selv. Mange symptomer kan ikke oppleves av andre enn pasienten selv (kvalme, svimmelhet, smerter, angst)(sml.no).

Store medisinske leksikon om prodrom:

”**Prodrom**, tidlig symptom eller tegn på sykdom eller anfall som ennå ikke er brutt ut” (sml.no).

1.5 Formålet med oppgaven

Gjennom denne bacheloroppgaven ønsker jeg å belyse en pasientgruppe som jeg er særlig interessert i og som jeg ønsker å øke både min egen og andres kunnskap om. Da dette er en bacheloroppgave tenker jeg den inneholder kunnskap som kan være nyttig for andre sykepleiestudenter samt sykepleiere som møter pasienter med lidelsen i sin praksis. Jeg ønsker å vise hvordan sykepleier kan være med på å bedre hverdagen for denne pasientgruppen.

2.0 Teori

Jeg vil i denne delen ta for meg teori om bipolar lidelse. Dette innebærer lidelsens årsaksforhold, kjennetegn ved manisk og depressiv episode, medikamentell og ikke-medikamentell behandling. Deretter vil jeg trekke inn teori om veiledning, Joyce Travelbee's sykepleieteori og mestring. Avslutningsvis vil jeg trekke frem utdrag fra rammeplanen for sykepleierutdanning og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som er relevant for valg av tematikk.

2.1 Bipolar lidelse

Ordet bipolar tyder på to poler eller to ytterkanter. Bipolar lidelse innebærer altså svingninger i stemningsleie mellom maniske perioder og depressive perioder. I periodene mellom mani og depresjon er stemningsleiet normalt. Likevel er det en debatt om hvorvidt mani og depresjon skal ses på som to motpoler. Hummelvoll sier at kritikere hevder at mani og depresjon er to forskjellige dimensjoner, og dermed ikke ytterpunkter i samme dimensjon (2012:223). Et av hovedargumentene til dette er at både depresjon og mani kan oppleves på samme tid, som blandede episoder (Hummelvoll 2012:223). I følge Morken kan personer ved dype depresjoner og kraftige manier være psykotiske (2009:436). Vrangforestillinger knyttet til død og undergang kan forekomme ved de dype depressive episodene, mens vrangforestillinger knyttet til egen storhet kan forekomme ved de maniske episodene (Morken 2009:436).

2.1.1 Årsaksforhold

Bipolare lidelser er i all hovedsak blitt oppfattet som biologiske lidelser. I følge Aarre m.fl. er de psykososiale forholdene lite forsket på, dermed kan vi si at våre kunnskaper om lidelsens årsaksforhold er ufullstendige (2012:98). Derimot sier både litteraturen og forskning at genetiske faktorer disponerer for lidelsen (Aarre m.fl. 2012:98). Man har ikke klart å kartlegge eksakt hvilke og hvor mange gener det er snakk om, men man er sikre på at lidelsen ikke skyldes ett enkelt gen. Aarre m.fl. hevder at forekomsten av arvbarheten for bipolare lidelser ligger rundt 60 % (2012:98). Dermed er det mye vi ikke vet svaret på, hvor det trengs mer forskning.

Samtidig vet vi at sykdomsperiodene ikke oppstår av seg selv. Mellommenneskelige problemer, stress eller forandringer i de biologiske rytmene virker å trigge nye sykdomsepisoder (Aarre m.fl. 2012:98).

2.1.2 Nevropsykobiologiske forandringer

Nedenfor gjengis en tabell som viser noen typiske nevropsykobiologiske forandringer ved bipolare lidelser, tabell 1. Disse eksemplene kan være viktige for pasient å ha kunnskap om, men også for sykepleier i møte med pasient.

Type fenomen	Kliniske eksempler
Emosjonelle	Depresjon, angst, irritabilitet, desperasjon eller oppstemthet, ruslignende fryd
Kognitive	Redusert hukommelse, pessimistiske tanker eller økt tankehastighet, ide- og assosiasjonsrikdom
Vegetative	Hypersomni, dyspepsi, svelgeproblemer, redusert appetitt, nevrasteni
Sensoriske	Parestesier, diffuse smerter
Biologiske rytmer	Tidlig morgenoppvåkning, døgnvariasjon i stemningsleie og temperaturregulering
Psykomotoriske	Retardasjon, agitasjon eller hyperaktivitet
Atferdsendringer	Sosial tilbaketrekning, sosial angst, suicidal adferd eller økt sosiabilitet, økt seksuell drift, ukritisk atferd

(Malt m.fl. 2012:463)

2.2 Mani

Begrepet mani stammer fra det greske ordet *manía* og betyr galskap eller raseri (Hummelvoll 2012:224). Manien arter seg ulikt. Ofte oppleves manien som en rus, hvor personenes selvkritikk er nedsatt og hvor personene føler seg som verdensmestere. Noen kan få en eller få maniske perioder i løpet av livet, mens andre kan ha flere maniske perioder i løpet av året.

I den maniske fasen er personen som oftest orientert for tid, sted og situasjon. Derimot feilbedømmer personen ofte situasjonen på grunn av kritikkløsheten. En person i manisk fase er ofte svært lite kritisk, særlig i forhold til økonomi og seksualitet. Personen kan for eksempel bruke opp pengene sine helt ukritisk eller oppsøke tilfeldig sex. Dette kan igjen ha en negativ påvirkning på sosiale og familiære forhold. Man kan tenke seg at personer kan føle anger og skam etter maniske episoder. Tankegangen er gjerne preget av ideflukt og personen har vanskelig for å holde fast ved et tema. Assosiasjonene er gjerne løse og overfladiske og vanskelig for en lytter å følge. Oppmerksomheten er gjerne redusert og påvirkes dermed lett av ytre irrelevant stimuli (Malt m.fl. 2012:463). Behovet for søvn er tydelig redusert, gjerne bare 2-3 timer i døgnet. En pasient i manisk fase har ingen sykdomsinnsikt og hevder gjerne at han aldri har vært friskere enn nå (Malt m.fl. 2012:464).

2.2.1 Diagnostiske kriterier

Manien må vare i minst en uke for at det skal være mani i medisinsk-psykiatrisk forstand (Hummelvoll 2012:223). Typiske symptomer på mani er oppstemthet, irritabelt eller ekspansivt stemningsleie, økt selvtillit, storhetsforestillinger, redusert behov for søvn, pratsomhet, talepress, tankeflukt, nedsatt dømmekraft, kritikkløshet, distraksjon, økt tempo i tale og bevegelser (Aarre m.fl. 2012:96).

Diagnosesystemet ICD-10 opererer med følgende kriterier for maniske episode. Diagnosen stilles dersom hevet stemningsleie (A) opptrer sammen med minst tre av symptomene (B) (Malt m.fl. 2012:485):

- A** Hevet, ekspansivt eller irritabelt stemningsleie i minst 1 uke eller hospitaliseringsskrevende. Stemningsleiet er uvanlig for vedkommende
- B** Minst tre av følgende symptomer som påvirker personens funksjonsnivå i betydelig grad:
1. Økt aktivitet / fysisk rastløshet
 2. Økt taletrang
 3. Idéflukt eller en subjektiv opplevelse av at tankene raser av sted
 4. Tap av vanlige sosiale hemninger med upassende adferd som følge

5. Nedsatt behov for søvn
6. Sterkt forøkt selvfølelse eller storhetsforestillinger
7. Distraherbar eller stadige forandringer av planer eller aktiviteter
8. Risikopreget eller uvøren adferd uten at personen selv innser farene
9. Markert økt seksuell energi eller ukritisk seksuell adferd

2.3 Depresjon

Begrepet depresjon kommer fra latin og betyr nedtrykking, likevel kan begrepet stå for en sinnsstemning, et syndrom eller en egen gruppe sykdommer (Hummelvoll 2012:193). Typiske psykiske kjennetegn er tristhet, pessimisme, lav selvtillit, kraftløshet, følelse av håpløshet. Depresjon kan også merkes fysisk, hvor de vanligste kjennetegnene er nedsatt appetitt, forstoppelse, søvnforstyrrelser, smerter og ubehag, menstruasjonsforstyrrelser, nedsatt potens og seksuell ulyst (Hummelvoll 2012:198-199).

Bipolare affektive lidelser er en fellesbetegnelse for psykiske lidelser som er kjennetegnet ved episoder med depresjoner samt andre episoder preget av økt energi og aktivitet (Malt m.fl. 2012:461). De depressive episodene kan ligne på andre depresjoner, men i følge Malt m.fl. er de bipolare depresjonene oftest kjennetegnet av det som kalles melankolske symptomer eller somatisk syndrom. Slike symptomer er døgnvarierende (hvor det er bedre mot kvelden), tidlig oppvåkning om morgenen samtidig som den totale søvnmengden ofte er økt (hypersomni), vektendring - oftest vekttap og tretthet i bevegelse – psykomotorisk hemning (Malt m.fl. 2012:461). I følge Eknes har pasienter med bipolare lidelser oftere depressive perioder enn maniske (2006:211). Proudfoot m.fl. hevder at omtrent 25 % av alle mennesker med bipolare lidelser har forsøkt selvmord, mens omtrent 10-20 % har gjennomført det og at dette tyder på at selvmordsraten er den høyeste blant mennesker med psykiatriske tilstander (2009).

2.4 Behandling

Det finns foreløpig ingen behandling som kan kurrere bipolar lidelse, men både medikamentell og ikke-medikamentell behandling kan være til hjelp for å holde

lidelsen i sjakk (Eknes 2006:225). I og med at bipolar lidelse er en kronisk lidelse, med tilbakevendende forløp, er forebyggende behandling viktig. Samtidig er det viktig med behandling når episodene oppstår. I følge Snoek og Engedal trenger pasienten i akuttfasen symptomatisk behandling, hvor antipsykotiske medikamenter kan være nødvendige ved de mest alvorligste maniene, og antidepressiva ved de depressive symptomene (2010). Forskning og erfaring viser i følge Eknes at medikamentell behandling kombinert med psykoterapi eller psykoedukative tilnærminger som er spesifikt rettet mot symptomene ved bipolare lidelser, vil gi et bedre resultat enn hva behandlingene gir hver for seg (2006:211). En god terapeutisk allianse er sentralt i behandlingen av pasienter med bipolare lidelser. Alliansen kan ses på som en forutsetning for å få gjennomført ulike tiltak. Terapeuten må være pålitelig og tilgjengelig for pasienten. Aarre m.fl. anbefaler arbeid mot at pasienten gir tillatelse til fri informasjonsutveksling mellom terapeut, pårørende og muligens arbeidsgiver (2012:100). Dette fordi han mener dette kan være avgjørende for at pasienten bli ivaretatt under maniske perioder.

I følge Hummelvoll er det bare et fåtall av pasienter med bipolar lidelse som har behov for gjentatte innleggelse (2012:224). Han hevder dette er avhengig av hvorvidt personen har fått god kjennskap til lidelsen, slik at de vet hvilke symptomer de skal være oppmerksomme på og dermed kan søke hjelp tidlig.

2.4.1 Medikamentell behandling

I følge Aarre m.fl. bør de fleste av pasientene med bipolar lidelse få medikamentell behandling, både som akuttbehandling og ved forebyggende langtidsbehandling (2012:100). Videre skriver de samme forfatterne at uten medikamentell behandling vil prognosen være dårligere, både kortsiktig og langsiktig.

Ved bipolare depresjoner er i følge Eknes stemningsstabilisatorer førstevalget (2006:225). Begrepet stemningsstabiliserende medikament beskrives noe ulikt i litteraturen. En vanlig beskrivelse er at det skal kunne virke i behandling eller forebygging av mani og/eller depresjon uten å føre til forverring, som for eksempel utvikling av depresjon eller hurtige svingninger (Eknes 2006:225).

Stemningsstabilisatorer egner seg altså som profylaktiske midler og de vanligste er

litium, olanzapin, lamotrigin, valporat og karbamazepin. WHO anbefaler at litium, valporat eller karbamazepin skal tilbys til personer med bipolar lidelse (WHO.int). Både ved akutt mani og ved vedlikeholdsbehandling synes flere at litium er det medikamentet som er å foretrekke (Aarre m.fl. 2008). Dersom medikamentene ikke tas som forskrevet vil den samlede effekten synke noe. Samtidig er det også noen som vil oppnå en mindre effekt av medikamentene (Eknes 2006:225). Dette kan tenkes å være en av årsakene til at personer med lidelsen prøver ut nye medikamenter, før de finner den som individuelt egner seg best. I følge Snoek og Engedal er litiumbehandling den medikamentelle behandlingsformen som har vist seg å ha best stabiliserende effekt og færrest bivirkninger (2010).

Medikamentell behandling blir i følge Eknes særlig prioritert (2006:211). Det kan tenkes at man glemmer at de stemningsstabiliserende medikamentene som ofte gis til pasienter med bipolare lidelser har god effekt på de maniske periodene, men ofte mye lavere effekt på de depressive periodene. Samtidig vet vi at pasienter med bipolare lidelser ofte har flere depressive enn maniske perioder, samt at de subjektivt finner de depressive periodene mer problematisk enn de maniske (Eknes 2006:211).

2.4.2 Ikke-medikamentell behandling

I følge Morken har flere ulike psykososiale behandlingsformer kombinert med forebyggende medisiner vist seg å gi et langt bedre forløp for pasienter med bipolare lidelser enn hva forebyggende medisiner alene har gitt (2009:437). Morken trekker frem interpersonlig og sosial rytmetterapi, familiefokusert behandling, kognitiv terapi og psykoedukasjon som de fire tradisjonene som har vist forebyggende effekt (2009:438). Psykoedukativ behandling for bipolar lidelse brukes som en samlebetegnelse for helsepedagogiske tilnæringer. Helsepersonellet forsøker å lære hovedpersonen selv, men også dens nærmeste, om hva lidelsen innebærer, viktige risikofaktorer og hvordan hovedpersonen og dens nærmeste kan – og ikke kan, påvirke lidelsen. I følge Eknes er psykoedukative strategier i grupper det som har best dokumentert effekt, i tillegg til at det samfunnsøkonomisk sett er det beste alternativet (2006:212). Målet for behandlingen er dermed å gi klientene både en teoretisk og praktisk tilnærming til forståelse og mestring av lidelsen. Dette innebærer en forståelse av komplekse sammenhenger mellom symptomer, relasjoner, personlighet,

forhold i omgivelsene, fordeler og bivirkninger ved behandling samt at man kan ta ansvar for egne valg når sykdomstegn kommer uten å måtte få skyldfølelse (Eknes 2006:212).

Kognitiv terapi er mye brukt i behandlingen av depresjoner. Utgangspunktet for behandlingen er at vi ikke blir deprimerte kun på grunn av en eller flere spesifikke hendelser, men også ut fra de ulike tankene og fortolkningene vi gjør oss om hendelsene. Det sentrale i tilnærmingen er dermed forholdet mellom adferd/hendelser, følelser og kognisjonene, og hvordan disse påvirker hverandre. Følelser kan ses på som et resultat av tanker, dermed kan vi si at endring av tanker fører til endring av følelsene. Aaron T. Beck, som regnes som en av grunnleggerne av tilnærmingen, bruker hyppig begrepet automatiske tanker (Eknes 2006:76). Dette er negative og destruktive tanker som farer gjennom hodet til den deprimerte og farger opplevelsen slik at personen utvikler, opprettholder eller til og med forsterker depresjonen. Sentralt i denne tilnærmingen er derfor trening på å bli oppmerksom og fange opp disse automatiske tankene samt å forsøke å justere tankene slik at de blir mindre destruktive for personen (Eknes 2006:76). Sosiale forhold vektlegges i den kognitive forståelsen av depresjon. Gode relasjoner motvirker depresjon, mens negative relasjoner eller ensomhet forsterker depresjon og kan trigge tilbakefall. Kognitiv terapi er strukturert og målrettet og det krever et samarbeid mellom pasient og terapeut. Målet for terapien er problemløsning og mestring, samt endring av tankemåter som bidrar til problemene (Berge og Repål 2011:44). Terapeuten forsøker å stimulere til refleksjon ved å sette spørsmålstegn og ved å foreslå alternativer. I følge Berge og Repål er kognitiv terapi minst like effektivt ved depressive tilstander som medikamentell behandling. Samtidig hevder de også at kombinert behandling ikke synes å ha bedre effekt enn kognitiv terapi alene. Derimot hevder de at kognitiv terapi synes å forebygge nye depressive episoder (Berge og Repål 2011:44).

2.5 Veiledning

I følge Dalland er det overordnede målet for veiledning læring (2010:127). En veiledningssituasjon stiller både krav til veilederen, og til den som skal bli veiledet. Dalland hevder at veilederen ikke kan nøye seg med å formidle sin forståelse, men må også ta utgangspunkt i handling og forståelse hos den han veileder (2010:127). Ut ifra

at målet for veiledning er læring, kan man si at veiledningen skal bidra til at den som blir veiledet skal bli i stand til å definere hva som er problemet, for så å lære det som skal til for å løse problemet (Dalland 2010:127).

Aasland sier følgende om veiledning:

Veiledning er en etisk handling. Uansett hva slags veiledning det er snakk om, dreier det seg om å hjelpe og ivareta et annet menneske (Dalland 2010:128).

En av veilederens utfordringer innebærer å stimulere den som blir veiledet til selv å ta ansvar og å være aktiv i forhold til sin egen situasjon. Videre har veilederen ansvar for å legge forholdene til rette for at deltakerkompetansen til den som blir veiledet får best mulig vekstvilkår (Dalland 2010:132). I følge Dalland er det viktig at det i starten snakkes om hva som er formålet med veiledningen (2010:133). Dette fordi det ikke er en selvfølge for den som veiledes hva formålet er. Det kan være at den som veiledes anser det som en mulighet til en hyggelig prat med en fagperson, mens andre kanskje opplever det som noe man bare må igjennom. Dalland påpeker også viktigheten av å avklare alle former for rammer rundt veiledningen som skal foregå (2010:136).

2.6 Joyce Travelbee

Travelbee var en innflytelsesrik, amerikansk psykiatrisk sykepleier. Hennes sykepleieteori er fortsatt viktig i dagens sykepleierutdanning. Hennes syn på sykepleie var at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, hvor sykepleieren gir pasienten hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse. Travelbee var også særlig opptatt av det mellommenneskelige aspektet i sykepleien og av pasientens opplevelse av å være syk. En av sykepleierens viktigste metoder var derfor å etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen m.fl. 2011: 214).

Travelbee's teori har noen begrep som er særlig sentrale; mennesket som individ, håp, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon.

Kristoffersen sier at Travelbee definerer sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene (Kristoffersen m.fl. 2011: 216).

Travelbee's definisjon av sykepleie bygger på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskers liv. Sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke og lidende og forsøke å finne en mening i situasjonen. Denne prosessen skjer ifølge Travelbee gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Utover dette er også sykepleie tett knyttet opp mot det å forebygge sykdom samt fremme god helse (Kristoffersen m.fl. 2011: 216).

Med bakgrunn i Travelbees tenkning kan sykepleiens mål og hensikt kun oppnås gjennom etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet kan kun etableres mellom personer, ikke roller. Dermed er det avgjørende at pasient og sykepleier overkommer stadiet hvor de betrakter hverandre som roller. I det ønskelige stadiet ser de hverandre, hvor de forholder seg til hverandre som unike personer. For å oppnå dette menneske-til-menneske-forholdet hevder Travelbee at man må gjennom en interaksjonsprosess. Denne prosessen består av fem faser; det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og til slutt etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen m.fl. 2011: 219).

Ved etablering av et menneske-til-menneske-forhold beskriver Travelbee kommunikasjon som det viktigste redskapet sykepleieren har. Kommunikasjon kan ses på som en prosess, hvor mennesker formidler tanker og følelser seg imellom. Kommunikasjonen utspilles kontinuerlig, både verbalt – med ord, og nonverbalt – ved mimikk, tonefall, bevegelser og berøring. Et viktig moment i Travelbee's sykepleieteori er at sykepleier blir kjent med pasienten som person gjennom kommunikasjon. I følge Kristoffersen m.fl. hevder Travelbee videre at det å bli kjent med pasienten som person, og dermed kunne identifisere pasientens særegne behov, er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen m.fl. 2011: 221).

2.7 Mestring

Vifladt og Hopen har definert mestring slik:

Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre (Hvinden 2011:54).

I følge Hvinden (2011:54) er en slik forståelse av mestring nært knyttet til Antonovskys helsefremmende perspektiv, kalt salutogenese. Hvidens forståelse av Antonovsky er at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som faktisk skjer i livet (2011:54). Begrepet mestring blir altså i stor grad brukt om menneskers måte å håndtere ulike situasjoner på. I et sykepleieperspektiv er det særlig i forbindelse med endret livssituasjon, for eksempel ved akutt eller kronisk sykdom eller ved tap av personer i nære relasjoner at begrepet blir brukt. Ut ifra definisjonen vil mestringen være et verktøy for å tilpasse seg den nye virkeligheten. Mestring som begrep kan gi inntrykk av at mestring er løsningen i seg selv, at det å mestre er målet med mestringen. En slik tankegang kan virke noe enkel. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring definerer mestring som ”opplevelse av å ha kontroll over eget liv – og krefter til å møte utfordringen” (Mestring.no). En slik forståelse av begrepet vil ligge til grunne i denne oppgaven. Det finnes flere måter å se begrepet på, særlig er kanskje Lazarus mestringsteori mest kjent, uten at jeg har valgt å gå nærmere inn på denne her.

2.8 Rammeplan og retningslinjer

Kunnskapsdepartementet skriver i rammeplanen for sykepleierutdanningen at studenter etter endt utdanning ”har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende” (Kunnskapsdepartementet 2008).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2.1: ”Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom” (NSF.no). Jeg har valgt å ta med denne retningslinjen siden den er tett knyttet til oppgavens problemstilling.

3.0 Metode

Jeg vil i denne delen ta for meg metodeteori, litteratursøk, inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Det finnes flere definisjoner av metode. Følgende er Wilhelm Aubert's mye brukte definisjon:

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 2007:81).

Metoden sier altså noe om hvordan vi kan gå frem for å anskaffe eller etterprøve kunnskap. Valg av metode begrunnes i at den bestemte metoden vil kunne gi oss gode data og dermed belyse det vi ønsker å finne kunnskap om. Metoden brukes altså som et redskap og velges ut ifra hva vi ønsker å finne informasjon om eller belyse. Forskningsartiklene jeg vil presentere har alle tatt i bruk en kvalitativ eller kvantitativ metode.

Ved kvantitative metoder er det ønskelig å forme informasjonen om til målbare enheter. Deretter er det mulig å fremstille informasjonen matematisk, for eksempel gjennomsnitt og prosent. I følge Dalland er følgende typiske kjennetegn ved kvantitative metoder; metoden ønsker å gå i bredden og søker lite data fra mange enheter. Deretter prøver man å finne det som er felles, altså det representative. Metoden bærer preg av systematikk, som ved spørreskjema med faste svaralternativer. Selve datainnsamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet. Ved fremstillingen er det ønskelig å formidle forklaring. Forskeren ser fenomenet utenfra og forsøker å være nøytral og holde avstand (Dalland 2007:84).

Ved kvalitative metoder er det ønskelig å fange opp mening og opplevelse. Denne type data er altså ikke mulig å tallfeste eller måle. I følge Dalland er følgende typiske kjennetegn ved kvalitative metoder; metoden ønsker å gå i dybden og søker mye data fra få enheter. Deretter prøver man å finne det særegne, det som er spesielt. Metoden bærer preg av fleksibilitet, som ved intervjuer uten faste svaralternativer.

Datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet og dataen som samles inn, tar sikte på å få frem sammenheng og helhet. Ved fremstillingen er det ønskelig å formidle forståelse. Forskeren ser fenomenet innenfra og erkjenner påvirkning og delaktighet (Dalland 2007:84).

Dalland beskriver at det som er felles for kvantitativ og kvalitativ metode at de ønsker å få frem en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, samt hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (2007:82). I forhold til problemstillingen kan det være hensiktsmessig å benytte både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. De kvalitative kan for eksempel belyse viktig informasjon om hvordan ulike symptomer oppleves. De kvantitative kan for eksempel belyse effekt av ulike strategier for å mestre symptomene. Til sammen kan de gi en bedre kunnskap for hvordan personer med lidelsen kan mestre symptomene.

3.1 Litteraturstudie

Opgavens metode er litteraturstudie som bygger på prinsippene for systematiske litteraturstudier. Jeg har benyttet faglitteratur både fra og utenom sykepleierutdanningens pensumliste og benyttet databaser til å søke meg frem til forskningsartikler. Målet har vært å finne litteratur og forskning som kan belyse og gi svar på oppgavens problemstilling.

3.2 Litteratursøk: databaser og søkeord

I søkeprosessen etter relevante forskningsartikler har jeg benyttet databaser som Cinahl og Cochrane. Cinahl er en anerkjent database innen sykepleie og helse. Cochrane er en viktig informasjonskilde for evidensbasert praksis. Cochrane tilbyr kvalitetsvurdert informasjon, særlig systematiske oversikter om effekt av ulike intervensjoner.

Jeg har søkt med ulike ordkombinasjoner. Crowe´s m.fl. (2011) fant jeg hos Cinahl ved å benytte ”bipolar disorder”, ”coping”, ”nursing” og ”symptoms”. I søket brukte jeg ”and” i stedet for ”or”. Etter søk på Cinahl med nevnte ord fikk jeg totalt 527 treff. Deretter valgte jeg kun ”academic journals” og ”full text” og satt igjen med 507. Til

sist endret jeg publikasjonsdato fra 1989 til 2008 og fikk da 289 treff. Selv om søket viste mange treff så jeg fort at det var mange av treffene jeg ikke kunne bruke. Jeg leste gjennom titels og subjects på de første 100. Deretter valgte jeg ut de jeg ønsket å se nærmere på.

I og med at jeg fikk så mange treff valgte jeg å gjøre et søk hos Cinahl hvor jeg ekskluderte ”nursing”. Søkeord jeg benyttet var dermed ”bipolar disorder,” ”coping” og ”symptoms”. Dette resulterte i at jeg fikk 11 treff og seks treff etter å ha valgt ”full text” og ”academic journals.” Der valgte jeg ut Sierra´s m.fl. (2007) og Proudfoot´s m.fl. (2009).

Etter søk på ”bipolar disorder” på Cochrane fikk jeg kun 26 treff ved å søke i ”title, abstract, keywords”. Deretter gikk jeg gjennom funnene før jeg valgte ut den jeg ønsket å bruke, Morris m.fl. (2007).

3.3 Inklusjon, eksklusjonskriterier

For å vise til forholdsvis nye forskningsartikler har jeg forholdt meg til publikasjoner mellom 2007 og 2014, hvor de nyeste er blitt prioritert. Dette fordi eldre publikasjoner kan tenkes å være utdaterte eller mindre relevante i dag. Artikler som i hovedsak har tatt for seg hypomani og dermed bipolar lidelse type II har jeg ekskludert. Det samme gjelder for artikler som i hovedsak omhandler barn og eldre (65+) med bipolare lidelser. Siden det ikke er noen form for sammenheng mellom geografi og bipolare lidelser har jeg ikke ekskludert nasjoner i søkeprosessen. Jeg har kun søkt forskningsartikler skrevet på engelsk.

4.0 Presentasjon av funn

Søkene ledet meg til følgende artikler jeg vil presentere:

4.1 Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder (Morris m.fl. 2007).

Det overordnede målet var å gjennomføre en systematisk gjennomgang av alle intervensjonsstudier som inkluderte systematisk undervisning og anerkjennelse av tidlige varseltegn på tilbakefall hos personer diagnostisert med bipolar lidelse og / eller deres pårørende. Hensikten med studien var å sammenligne tidlige varseltegn-intervensjoner (kalt EWS) i kombinasjon med medikamentell behandling og med medikamentell behandling alene. Studien konkluderer med at EWS hadde en positiv effekt på tid til første tilbakefall samt på tid til manisk og depressive episoder. Studien fant også at intervensjonene hadde en positiv effekt på prosentandelen som måtte innlegges samt funksjonsnivå. I følge Morris m.fl. hadde EWS i seg selv ingen effekt på de maniske og depressive symptomene, og hevder effekt på maniske og depressive symptomer krever medikamentell behandling. Artikkelen er relevant både for problemstillingen og sykepleiefaget fordi den tar for seg en viktig behandlingsform som benyttes i praksis - kognitiv terapi.

4.2 Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder (Crowe m.fl. 2011).

Hensikten med studien var å undersøke hvordan det å ha diagnosen bipolar lidelse påvirket livene til de som hadde lidelsen. Dette var et kvalitativt studie basert på intervjuer av 21 pasienter med bipolar lidelse mellom 2008 og 2009. Alle intervjuene ble tatt opp på tape. Studien fant blant annet en felles følelse av tap av autonomi hos pasientgruppen. Studien fant at alle deltakerne følte at lidelsen hadde en forstyrrende virkning på livene deres, og at lidelsen hadde virket negativt inn på deres selvbilde. Studien viste at sykepleiere kan bidra til at pasienten kan oppnå en følelse av personlig kontroll ved å utforske hva symptomene betyr for den enkelte personen og iverksette intervensjoner for å behandle symptomene. Tittelen på studien er "feeling out of controll" – og nettopp dette var et gjennomgående tema, at flere av pasientene

følte seg ute av kontroll. Studien er relevant for problemstillingen og sykepleiefaget fordi den belyser opplevelser og utfordringer mennesker med lidelsen opplever. Data som dette, som beskriver pasientens opplevelse av å leve med lidelsen, er det viktig for pasienten at sykepleier har kunnskap om i møte dem i mellom.

4.3 What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder (Proudfoot m.fl. 2009).

Hensikten med studien var å undersøke de subjektive opplevelsene hos personer som nylig hadde fått diagnosen bipolar lidelse. Dette var et kvalitativt studie basert på online kommunikasjon med ”informed supporter,” som var personer som hadde hatt bipolar lidelse i to år eller mer. Proudfoot m.fl. hevder at metoden de har benyttet har flere fordeler, blant annet at deltakerne er villige til å dele mer av seg selv online enn ansikt til ansikt. Totalt 26 personer som nylig hadde fått diagnostisert lidelsen var med i studien. Studien viste blant annet til en felles opplevelse av bekymringer knyttet til negative effekter av medisiner, redusert kreativitet, redusert energinivå og vektøkning. Enkelte uttrykte også frustrasjon i forbindelse med utprøving av nye medikamenter. Studien er relevant for problemstillingen og sykepleiefaget fordi den tar for seg sentrale opplevelser til nylig diagnostiserte pasienter. Erfaringene som tas opp i denne studien er det hensiktsmessig å ha kunnskap om, både i møte med pasienter og i forbindelse med et individuelt behandlingsopplegg.

4.4 Prodromal symptoms to relapse in bipolar disorder (Sierra m.fl. 2007).

Denne studien er en evidensbasert studie som har tatt for seg litteratur funnet gjennom databasene MEDLINE og EMBASE. Begrepet ”prodromes” beskrives som de første tidlige symptomene eller tegnene på tilbakefall. Studien er en gjennomgang av litteraturen som finnes om maniske og depressive prodromer på tilbakefall, metoder benyttet for å oppdage disse og pasienters mestringsstrategier. Litteraturen som ble brukt i studien ble utgitt mellom 1965 og mai 2006. Sierra m.fl. fant at de fleste pasienter med bipolare lidelser kunne identifisere tidlige symptomer på bipolar depresjon, med et gjennomsnitt på 82% (2007). Likevel syntes pasientene det var vanskeligere å oppdage prodromer på depresjon enn på mani. I forhold til prodromer på mani viste studiene at de fleste pasientene klarte å oppdage prodromer på mani.

4.5 Kildekritikk

I studien til Crowe m.fl. var flesteparten av deltakerne kvinner. Kvinners erfaringer kan tenkes å være annerledes enn menns erfaringer. Deltakerne var i aldersgruppen 22-71 år, fra New Zealand, ikke i et fast forhold og jobbet ikke utenfor hjemmet. Det er naturlig å tenke at resultatene fra studiet dermed ikke representerer alle med bipolare lidelser. Siden denne studien har deltakere i aldersgruppen 22-71 år tar den dermed ikke i hovedsak for seg eldre. Alle deltakerne var under profesjonell behandling og man kan tenke at resultatene kunne blitt noe annerledes dersom studien også inkluderte personer som ikke var under behandling.

I studien til Proudfoot m.fl. var inklusjonskriteriene alder over 18 år, fått diagnosen innen det siste året, være i en form for behandling for lidelsen, bo i Australia og være villige til å delta i det 6 måneder lange programmet. De 26 deltakerne var alle i aldersgruppen 18-59, hvor 54% var kvinner. Denne studien har en jevn fordeling mellom kjønnene. Proudfoot m.fl. hevder at det å kommunisere online fører til at deltakerne tør å dele mer av seg selv. Samtidig mister man noen viktige fenomener som kjennetegner en kvalitativ studie, som for eksempel observasjoner ved formidling.

Studien til Morris m.fl. er evidensbasert (2007). Artikkene er altså sekundærkilder som sammenligner kunnskap som andre har funnet tidligere. Evidensbasert forskning er viktig og sørger for et mer helhetlig bilde, men samtidig skaper det rom for feiltolkning av materialet.

Studien til Sierra m.fl. er evidensbasert (2007). Den tar for seg forskningslitteratur publisert mellom 1965 og 2006. Både litteraturen og spesielt praksis i psykiatrien har endret seg mye de siste 50 årene. Det er naturlig å stille seg noe kritisk til evidensbasert forskning som benytter så gammel litteratur. Samtidig er det alltid rom for feiltolkning ved sekundærkilder. Bruken av begrepene ”prodromal” og ”symptoms” kan virke noe forvirrende og skaper rom for feiltolkninger.

Mange av faglitteraturbøkene jeg har benyttet i teoridelen er også å finne på studiets pensumliste og jeg anser disse som troverdige. Resten av faglitteraturen er funnet etter

søk hos Diakonhjemmets bibliotek og jeg anser også disse som troverdige, samtidig som jeg har forsøkt å benytte de nyeste utgavene. Dalland's bok om metode og oppgaveskriving som jeg har benyttet er utgitt i 2007. Det er utgitt flere utgaver siden 2007, men jeg antar at endringene som er gjort i hovedsak handler om design og struktur fremfor viktige poenger. Litteraturen om Travelbee's sykepleieteori er hentet fra Kristoffersen m.fl. og det er viktig å påpeke at dette dermed er sekundærlitteratur. Siden omfanget av Travelbee's sykepleieteori som jeg har tatt for meg ikke er større enn det er, tenker jeg det er akseptabelt å benytte det som sekundærlitteratur. Kristoffersen m.fl. har kritisert noe av Travelbee's tenkning uten at jeg har gått nærmere inn på dette. Definisjon på begrepene symptom og prodrom har jeg hentet fra store medisinske leksikon. Dette er et medisinsk oppslagsverk utgitt av Store Norske Leksikon AS. Oppslagsverket blir oppdatert av leger og medisinske spesialister i samarbeid med leksikonredaksjonen.

5.0 Drøfting

Jeg vil her drøfte hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter med bipolar lidelse gjenkjenner og mestrer egne symptomer, ved å sette mine funn opp mot den presenterte teorien.

Faglitteratur hevder at medikamentell behandling er nødvendig ved både akutt mani og som profylaksebehandling (Aarre m.fl. 2012:100). Samtidig synes det å være mindre sikkerhet rundt medikamentell behandling ved depressive episoder. I de depressive periodene er dermed ikke-medikamentell behandling kanskje mer effektivt. Eknes poengterer at effekten av medikamenter vil variere fra person til person (2006:225). Dette kan synes å underbygge hvorfor pasienter endrer og prøver ut nye medikamenter. Frustrasjon i forbindelse med utprøving av nye medikamenter og bekymringer knyttet til bivirkninger ved de nye medikamenter kommer til syne i Proudfoot's m.fl. studie (2009). Eknes poengterer også viktigheten av at medikamentene tas som forskrevet, hvor han hevder den samlede effekten vil synke noe dersom dette ikke gjennomføres (2006:225). Sykepleier vil her spille en viktig rolle i å informere om viktigheten av at medikamentene nettopp tas som forskrevet.

5.1 Kartlegging av symptomer

Bipolar lidelse innebærer svingninger i stemningsleiet. De typiske nevropsykobiologiske forandringene presentert i tabell 1 gir et godt innblikk i symptomer sykepleier bør ha kunnskap om i møte med pasienter med bipolare lidelser. Tabellen viser kliniske eksempler som er vanlige hos personer med bipolar lidelse. Ved behandling hos nylig diagnostiserte personer kan det være hensiktsmessig å kartlegge om pasienten kjenner seg igjen i symptomene. Dersom pasienten ikke kjenner seg igjen vil det uansett være hensiktsmessig å presentere de typiske symptomene. Dette vil kunne bidra til økt sykdomsforståelse og dermed være positivt for pasientens mestring. Sierra m.fl. trekker frem i sin studie at de vanligste prodromene på depresjon er humørsvingninger, psykomotoriske symptomer og økt angst, mens de vanligste maniske prodromene er nedsatt søvn, psykotiske symptomer og humørsvingninger (2007). Sierra m.fl. fant også at bipolare pasienter var flinke til

å gjenkjenne prodromalene, hvor de syntes de depressive var vanskeligst å oppdage (2007). Dette kan kanskje skyldes at de depressive symptomene er mer mangfoldige enn de maniske. Ved læring om tidlige tegn på symptomer er det naturligvis viktig at pasienten finner ut hva disse tegnene betyr, hvilke symptomer som kan komme. I det pasienten lærer seg å kjenne egne reaksjonsmønstre og tar varselsignalene på alvor kan de brukes til å ta vare på seg selv, ved å oppsøke hjelp og støtte fra andre. Dersom pasienten klarer å trekke lærdom fra tidligere tilfeller, og blir bevisst på utløsende faktorer eller prodromer vil dette kunne brukes som svært nyttige verktøy ved senere episoder. Hjelp av sykepleier til å kartlegge pasientens egne symptomer vil være viktig for at pasienten skal kunne klare å gjenkjenne og mestre egne symptomer.

5.2 Samtale med pasienten

I studien til Proudfoot m.fl. kom det frem at flere av deltakerne bekymret seg for symptomene som ville komme (2009). Studien viste også at det var noen av deltakerne som hevdet at de likte de maniske symptomene. Andre derimot likte ikke de maniske symptomene, siden de visste at det som oftest kommer en nedtur etter en opptur. Noen formidlet at de likte de depressive periodene bedre enn de maniske, da de følte at de opplevde en viss kontroll under de depressive periodene. Denne opplevelsen strider noe mot det Eknes skriver. Eknes hevder mennesker subjektivt opplever depressive episoder mer problematiske enn de maniske (2006:211). Det er viktig å ikke lage en ”fasit” på hva som er mest utfordrende for pasienten. Alle pasienter er særegne individer, med særegne individuelle behov, opplevelser og erfaringer. Å legge til rette for samtaler med pasienten er viktig. Pasienten kan ha mange tanker og bekymringer som pasienten kan ha godt av å dele med en fagperson. Samtidig kan sykepleier bidra til at pasienten kan oppnå en følelse av økt kontroll, gjennom samtale, ved å utforske hva symptomene betyr for den enkelte (Crowe m.fl. 2011).

5.3 Undervisning og veiledning i forhold til gjenkjenning av symptomer og mestring

Som nevnt tidligere sier rammeplanen for sykepleierutdanning at studenter etter endt utdanning har ansvar for å informere, veilede og undervise pasienter og pårørende.

Veiledning og undervisning er en viktig del i forebyggende helsearbeid, som også har en positiv innvirkning på samfunnet generelt. En av sykepleierens viktige oppgaver er nettopp å veilede og undervise slik at pasienter kan oppleve mestring. Veiledning og undervisning kan bidra til ny motivasjon og styrke pasientens tro på egne ressurser. Dermed kan veiledning og undervisning anses som en viktig metode for å hjelpe pasienten. I tillegg sier de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere at sykepleiere gjennom sin praksis har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom.

Morris m.fl. hevder at tidlige varseltegn intervensjoner kan være effektive, fordi milde symptomer i tidlige stadier av tilbakefall kan være lettere å behandle enn mer alvorlige symptomer senere i tilbakefall (2007). Samtidig påpeker Morris at intervensjonene vil være mer effektive dersom pasienten selv er trent til å gjenkjenne tidlige symptomer kontra terapeuten. Sammenligningsstudiet konkluderte med at tidlige varseltegn intervensjoner hadde en positiv effekt på tid til første tilbakefall samt på tid til manisk og depressive episoder. Den viste også at intervensjonene hadde en positiv effekt på prosentandelen som måtte innlegges samt funksjonsnivå. Studien argumenterer for at tidlige varseltegn intervensjoner kan være nyttige i forhold til forebygging av tilbakefall hos pasienter med bipolare lidelser. Studien viser at tidlige varseltegn intervensjoner kan være viktig i forebyggende arbeid, som kan virke positivt for pasientens mestring.

Hos en nylig diagnostisert pasient er god kjennskap og opplæring om lidelsen gitt fra helsepersonell vesentlig for at pasienten skal øke sin sykdomsforståelse. Som Hummelvoll hevder er dette samt opplæring i hvordan pasienten skal lære seg å gjenkjenne ulike symptomer en viktig faktor for å forhindre gjeninnleggelse. Økt forståelse av de ulike symptomene vil også kunne være en viktig faktor på veien mot mestring. Som Hummelvoll (2012:224) trekker Morris m.fl. frem at pasienter som gjenkjenner og mestrer egne symptomer i mindre grad trenger innleggelse på nytt (2007). I tillegg viser Morris m.fl. til at de som gjenkjenner og mestrer egne symptomer også klarer seg bedre både sosialt og yrkesmessig enn de som ikke gjør det (2007). Studien til Proudfoot m.fl. belyste viktige problemområder hos pasienter som nylig hadde blitt diagnostisert med lidelsen (2009). Disse problemområdene var uønskede bivirkninger av medisiner, mestring av utfordrende symptomer, positive og negative reaksjoner på lidelsen, identifisering av tidlige varseltegn, usikkerhet rundt

fremtiden og stigmatisering. Dette synes å underbygge viktigheten av god informasjon gitt til pasienten. Crown m.fl. belyser også i studien at stigmatisering ved bipolaritet er godt beskrevet i litteraturen (2011). Samtidig fant Crown m.fl. at flere av deltakerne i studien valgte å la vær å dele sin lidelse med andre, begrunnet i erfaring av andres reaksjoner på symptomene ved bipolar lidelse (2011). De negative reaksjonene skyldes i hovedsak trolig mangel på kunnskap. Studien til Proudfoot m.fl. påpeker også viktigheten av kunnskap om lidelsen (2009). Liten kunnskap om lidelsen blant venner og familie kan føre til sosial avstand hos personer med lidelsen. Dette kan igjen ha en negativ påvirkning av personens mestring. Det å trekke inn familien i behandlingen vil dermed kunne bidra til økt kunnskap og forståelse fra familiens side. Dette vil igjen kunne motvirke sosial avstand mellom pasient og familie.

Lærings og mestringssentre er en viktig arena for mestring. Flere kommuner tilbyr egne mestringkurs. Et slikt kurs bærer preg av psykoedukasjon. I følge Morken er psykoedukasjon i grupper den best dokumenterte formen for psykoedukasjon (2009:439). Min erfaring fra praksis er at disse kursene har vært svært nyttige for pasientene. For eksempel tilbyr Vestre Viken bipolarkurs. Dette er et kurs som strekker seg ukentlig over 10 uker. De ulike kursdagene består av undervisning i ulike tema, samtale rundt dagens tema og deling av egne erfaringer relatert til tema. Leger, psykologer, psykiatriske sykepleiere og sykepleiere underviser i de ulike temaene. Sykdomsforståelse og forløp av bipolar lidelse, kjennetegn av mani og depresjon, sammenheng mellom tanker følelser og adferd, ulike behandlingsformer og tilbud, mestringstrategier, bruk av medisiner, livsførsel og regelmessighet, mestring av stress og avspenning, økonomiske rettigheter/arbeid, trygd, juss/innleggelse, forhold til familie, venner, arbeid, skole og aktivitet er eksempler på ulike temaer som gjennomgås i løpet av kurset (vestreviken.no). Det at personer med bipolar lidelse får en mulighet til å treffe andre personer med samme lidelse, hvor de kan dele tanker og erfaringer, tenker jeg kan virke helsefremmende. Lærings og mestringssentre tilbyr ikke bare kurs til pasienter, men også til pårørende og helsepersonell.

Sierra m.fl. viser også et kritisk blikk på forebygging av tilbakefall i sin studie (2007). Dersom pasienter blir for opptatte av å lete etter egne prodromer kan det for eksempel føre til et betydelig økt antall timer hos psykiatere. Samtidig trekkes det frem at

læring av tidlige tegn på depressive symptomer har blitt assosiert med et økt forbruk av antidepressiva, uten en nedgang i antall depressive episoder. Riktignok hevder Sierra m.fl. dette uten å henvise til noen referanse (2007).

Gjenkjenning av prodromer og mestringsstrategier bør i følge Sierra m.fl. være integrert i all klinisk praksis hos pasienter med bipolare lidelser (2007). Et slikt behandlingsopplegg vil i følge Sierra m.fl. ikke bare redusere tilbakefall, men vil også ha en positiv effekt på pasientens mellommenneskelige forhold, familieforhold og pasientens sosiale liv (2007). Færre tilbakefall er naturlig nok noe alle mennesker med psykiske lidelser ønsker å strebe etter.

Ut ifra Dallands definering av veiledning kan man trekke sammenligninger med veiledningens funksjon og undervisning. Veilederen skal hjelpe pasienten til å definere problem, oppnå kunnskap og ferdigheter til å løse problemene. Felles for veiledning og undervisning er altså målet om læring. For at den nødvendige kunnskapen skal oppnås, krever det blant annet at veilederen har gode kunnskaper om temaet. Samtidig må det være lik forståelse om formålet med veiledningen. Kommunikasjon, som Travelbee var særlig opptatt av, vil være en vesentlig faktor i veiledningen. Ut ifra Travelbee's tenkning vil kommunikasjonen være et redskap til å etablere menneske-til-mennesket forholdet som Travelbee i følge Kristoffersen m.fl. mener er nødvendig for å utøve god sykepleie (2011:221).

Definisjonen jeg valgte å bruke på fenomenet mestring peker på å se forskjellen på å se hva du må leve med, og hva du kan være med på å endre. Samtidig peker definisjonen på betydningen av å ha kontroll over eget liv. Siden bipolar lidelse er en kronisk og livslang lidelse er viktig at pasienten klarer å akseptere lidelsen. Dette kan være en stor utfordring i seg selv for mange pasienter, men er et nødvendig skritt i riktig retning. Deretter trenger pasienten hjelp til å øke egen sykdomsforståelse. Det å lære seg å gjenkjenne symptomer bidrar til mestring i veien mot også å mestre symptomene. For at pasienten skal klare å gjenkjenne symptomene må pasienten i første omgang bli bevisst hva pasientens egne symptomer er. Samtidig er det mange andre elementer for pasienten å mestre. Dette kan for eksempel dreie seg om yrkesmessige, familiære og sosiale forhold, usikkerhet rundt egen fremtid eller bekymringer rundt bivirkninger av medisiner. Flere av disse ble også beskrevet i

Proudfoot's m.fl. studie (2009). For at pasienten skal mestre lidelsen vil det være vesentlig at pasienten motiveres av sykepleier til selv å ta ansvar for egen lidelse og egen hverdag.

5.4 Psykososiale behandlingsformer

Ved depressive episoder er som sagt kognitiv terapi mye brukt. Sentralt i tilnærmingen er å fange opp destruktive automatiske tanker, for deretter å forsøke å justere tankene slik at de blir mindre destruktive for personen (Eknes 2006:76). Av egen erfaring har jeg også erfart at kognitiv terapi er mye brukt hos pasienter med bipolar lidelse i depressiv fase, i psykiatrisk døgnavdeling. Sykepleiers rolle blir dermed å undervise rundt forholdet mellom adferd/hendelser, følelser og kognisjonene, og hvordan de påvirker hverandre. Ved å benytte konkrete eksempler fra hverdagssituasjoner vil dette kunne hjelpe pasienten til å endre tankene som i sin tur kan føre til endring av følelsene.

Psykoedukative strategier i grupper er i følge Eknes godt dokumentert (2006:212). Strategier i grupper, som sykepleier kan ha ansvar for, innebærer møte med andre mennesker som kan være i samme situasjon. Dette kan tenkes å ha positive effekter, hvor pasientene kan dele tanker og erfaringer som kan virke positivt på de andre pasientene.

Dersom ulik forskning kan vise gode resultater på en bestemt behandlingsform er det viktig å ikke glemme individet det hele gjelder. Ulike behandlingsformer kan vise seg å ha ulike effekter på ulike mennesker. Det er derfor viktig å tilpasse behandlingen til det enkelte individ. Dersom en pasient oppgir å ha hatt god effekt av en bestemt behandlingsform kan det tenkes å være hensiktsmessig å fortsette med samme behandling fremfor å prøve ut ny behandling. Eknes hevder av egen erfaring og andres forskning at kombinasjonen av medikamentell behandling og psykoterapi eller psykoedukative tilnærminger, som er spesifikt rettet mot symptomene ved bipolare lidelser, vil gi et bedre resultat enn hva behandlingene vil kunne gi hver for seg (2006:211).

5.5 Kommunikasjonens betydning

Travelbee's syn på sykepleie legger vekt på den mellommenneskelige prosessen hvor sykepleieren hjelper pasienten med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Mellommenneskelig prosess og kommunikasjon, fenomener Travelbee var opptatt av, synes fortsatt å være viktig i dagens psykiatri. Kommunikasjon er vel så viktig, kanskje til og med viktigere i psykiatrien enn i somatikken. Målet med kommunikasjonen er jo samhandling, dermed er det essensielt at sykepleier har gode kunnskaper om kommunikasjon og vet å bruke den hensiktsmessig. I følge Kristoffersen m.fl. hevder Travelbee at man gjennom kommunikasjon blir kjent med pasienten (2011:221). For at sykepleier skal kunne planlegge å utøve god og riktig sykepleie til pasienter med bipolar lidelse, etter pasienten behov, kreves det at sykepleier blir kjent med pasienten. Ut ifra denne tankegangen blir altså sykepleiers bruk av kommunikasjon betydelig viktig i arbeidet. Dermed kan man si at kommunikasjonen kan være et viktig redskap sykepleier kan benytte til å bidra til gjenkjenning og mestring hos pasienten. Møte med maniske pasienter kan være svært utfordrende. Det kan være vanskelig for sykepleier å sette tydelige grenser og samtidig møte pasienten der han er. I møte med depressive pasienter kan det tenkes at nonverbal kommunikasjon vil bli mye brukt. Det kan være utfordrende å etablere en samtale med pasienten, eller bare det å oppnå kontakt. Da er det viktig å huske på at nonverbal kommunikasjon også er en sterk form for kommunikasjon. I møte med pasienten må sykepleier være sin kommunikasjon bevisst, både når det gjelder den verbale og den nonverbale kommunikasjonen.

5.6 Kriseplan

Når pasienten har lært seg å kjenne igjen egne symptomer vil det være lurt å finne ut hva pasienten skal gjøre når symptomene kommer tilbake. Derfor kan det være hensiktsmessig for pasienten, i samarbeid med sykepleier, å utarbeide en kriseplan. Denne prosessen kan også føre til en styrket bevisstgjøring rundt eget sykdomsbilde. Dette tiltaket vil ofte involvere pårørende. Kriseplanen kan inneholde hvem personen skal kontakte ved de ulike stadiene, for eksempel familie, venner, behandler etc. For at pasienten skal kunne klare å utarbeide en god kriseplan innebærer det at pasienten har bevisstgjort seg de ulike symptomene. Dersom pasienten klarer dette vil det også være et steg i riktig retning frem mot mestring av lidelsen. I tillegg kan det være

hensiktsmessig at sykepleier hjelper pasienten med å skrive ned pasientens egne symptomer i kriseplanen. Dette kan gjøre det lettere for pasienten når de konkrete symptomene kommer. Å ha symptomene skrevet ned kan gjøre det lettere for pasienten å gjenkjenne de. Slike tiltak bør være et første trinn i oppfølging av pasienter med bipolare lidelser (Morken 2009:441). Samtidig vil det kunne oppleves som en trygghet for pasienten å en fysisk, konkret plan tilgjengelig.

6.0 Konklusjon

Opgavens problemstilling var hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter med bipolar lidelse gjenkjenner og mestrer egne symptomer. Jeg har forsøkt å sette lys på viktige momenter sykepleier kan bidra med. Jeg har brukt forskning som sier noe om utfordringer hos pasienter med bipolare lidelser, særlig knyttet opp mot gjenkjenning av og om symptomer til lidelsen.

Bipolar lidelse er en kronisk lidelse, som innebærer svingninger i stemningsleiet, hvor ytterkantene er depresjon og mani. Ingen behandling kan kurrere lidelsen, men både medikamentell og ikke-medikamentell behandling kan være til hjelp for å holde lidelsen i sjakk (Eknes 2006:225). Pasienter med bipolar lidelse bør få medikamentell behandling, både som akuttbehandling og ved forebyggende langtidsbehandling (Aarre m.fl. 2009:100). Uten medikamentell behandling vil også ifølge Aarre m.fl. prognosen være dårligere, både kortsiktig og langsiktig.

Av ikke-medikamentell behandling er kognitiv terapi mye brukt ved depressive tilstander. Kognitiv terapi er like effektivt ved depressive tilstander som medikamentell behandling og kognitiv terapi synes å forebygge nye depressive episoder (Berge og Repål 2011:44). Ulike psykososiale behandlingsformer kombinert med forebyggende medisiner har vist seg å gi et langt bedre forløp for pasienter med bipolare lidelser enn hva forebyggende medisiner alene har gitt (Morken 2009:437).

Ut fra mine funn tyder det på at det finnes noe forskning rundt hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter med bipolar lidelse gjenkjenner og mestrer egne symptomer. Forskningen tyder på at ikke-medikamentelle behandlingsformer trolig har en positiv effekt på pasientens gjenkjenning og mestring. Samtidig kan det synes at det trengs mer forskning på hvordan sykepleier konkret kan bidra til gjenkjenning og mestring hos denne pasientgruppen.

Veiledning og undervisning er en viktig del i forebyggende helsearbeid. Det er det også i behandling av pasienter med bipolar lidelse. Sykepleier kan gjennom veiledning og undervisning bidra til økt sykdomsinnsikt hos pasienten. Det vil være

sentralt å hjelpe pasienten med å kartlegge pasientens symptomer for deretter å hjelpe pasienten til å bevisstgjøre seg hvilke symptomer pasienten skal være oppmerksom på. Deretter er det viktig at pasientene motiveres til selv å ta ansvar for deres egen lidelse og deres egen hverdag. Hummelvoll (2012:224) og Morris m.fl. deler oppfatning av at pasienter som gjenkjenner og mestrer egne symptomer i mindre grad trenger innleggelse på nytt (2007).

Sykepleier kan bidra til at pasienten kan oppnå en følelse av personlig kontroll ved å utforske hva symptomene betyr for den enkelte personen og deretter iverksette intervensjoner for å behandle symptomene (Crowe m.fl. 2011). Pasienter som nylig har fått diagnosen bipolar lidelse, kan oppleve bekymringer knyttet til negative effekter av medisiner, redusert livskvalitet, redusert energinivå samt frustrasjon i forbindelse med utprøving av nye medikamenter (Proudfoot m.fl. 2009). Sykepleier spiller en viktig rolle i å veilede og undervise pasienten for at pasienten skal mestre lidelsen. Kommunikasjon og et menneske-til-menneske forhold er en viktig byggestein i arbeidet med pasienter med bipolar lidelse. Relasjonen kan synes å bidra positivt for pasientens vei mot gjenkjenning og mestring.

Kriseplan er et viktig, kanskje nødvendig redskap for at pasienten skal mestre lidelsen. Kriseplanen kan utarbeides i samarbeid mellom pasient og sykepleier. Utarbeiding av en god kriseplan krever at pasienten har bevisstgjort seg egne symptomer. Et tiltak som kriseplan bør være et første trinn i oppfølging av pasienter med bipolar lidelse (Morken 2009:441).

7.0 Litteraturliste

Aamodt, Laila (1997): *Den gode relasjonen: støtte, omsorg eller anerkjennelse?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 4. Opplag.

Aarre, Trond F., Bugge, Petter og Siv Iren Juklestad (2012): *Psykatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget, 3. Opplag.

Aarre, Trond F., Neckelmann, Morken, Gunnar, Andreassen, Ole, Ødegaard, Ketil, Bergsholm, Per og Helle Schøyen (2008): *Evidens, behandlingsveiledere og klinisk praksis – stemmer kart og terreng i behandling av bipolar lidelse?* Oslo: Eli Lilly Norge AS, 1. Opplag.

Berge, Torkil og Arne Repål (2011): *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 3. Utgave, 2. Opplag.

Dalland, Olav (2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 4. Utgave, 2. Opplag.

Dalland, Olav (2010): *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2. Utgave, 1. Opplag.

Eknes, Jarle (2006): *Depresjon og mani. Forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll, Jan Kåre (2012): *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 7. Utgave.

Hvinden, Kari (2011). Etablering av lærings- og mestringssentra. Lerdal, Anners og May Solveig Fagermoen (red.): *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1. Utgave, 1. Opplag. Kap.: 3

Kristoffersen, J. Nina, Nortvedt, Finn og Eli-Anne Skaug (red.) (2011):
Grunnleggende sykepleie, Bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2. Utgave.

Kunnskapsforlaget (1998): *Norske synonymer blå ordbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Malt, Ulrik Fredrik, Morken, Gunnar, Ødegaard, Kjetil og Ole A. Andreassen (2012). Bipolare affektive lidelser. Malt, Ulrik Fredrik, Andreassen, Ole A., Melle, Ingrid og Dag Årslund. *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 3. Utgave. Kap.: 17

Morken, Gunnar (2009). Bipolare lidelser. Berge, Torkil og Arne Repål (red.):
Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1. Utgave, 2. Opplag. Kap.: 17

Snoek, Jannike og Knut Engedal (2010): *Psykiatri – kunnskap, forståelse, utfordringer*. Trondheim: Akribe Forlag. 3. Utgave, 3. Opplag.

7.1 Artikler

Crowe, M., Inder, M., Carlyle, D., Wilson, L., Whitehead, L., Panckhurst, A., O'Brien, A., & P. Joyce (2011): *Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder*. New Zealand.

Morris, Richard, Faizal, Mohammed A., Jones, Ashley P., Williamson, Paula R., Bolton, Catherine A. & James P. McCarthy (2007): *Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder*.

Proudfoot, Judith, Parker, Gordon, Benoit, Megan, Manicavasagar, Vijaya, Smith, Meg & Aimee Gayed (2009): *What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder*. Australia.

Sierra, Pilar, Livianos, Lorenzo, Arques, Sergio, Castelló, Javier & Luis Rojo (2007): *Prodromal symptoms to relapse in bipolar disorder*. Spania.

7.2 Internett

ICD-10: F31 Bipolar affektiv lidelse, lest 22.01.14

<http://finnkode.kith.no/#/icd10|ICD10SysDel|2599494|flow>

Vestre Viken, Bipolarkurs, lest 24.02.14

<http://www.vestreviken.no/aktuelt/aktiviteter/Sider/kurs-for-personer-med-bipolar-lidelse.aspx>

Store medisinske leksikon, symptom, lest 25.02.14

<http://sml.snl.no/symptom>

Store medisinske leksikon, prodrom, lest 25.02.14

<http://sml.snl.no/prodrom>

Store medisinske leksikon, mani, lest 03.03.14

<http://sml.snl.no/mani>

Store medisinske leksikon, hypomani, lest 03.03.14

<http://sml.snl.no/hypomani>

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, mestring, lest 27.02.14

<http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/>

WHO, antipsychotics and mood stabilizers in individuals with bipolar mania, lest 27.02.14

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/q7/en/

Helsekompetanse, psykoedukasjon, lest 04.03.14

<http://helsekompetanse.no/psykiske-lidelser/17982>

Kunnskapsdepartementet, rammeplan for sykepleieutdanning, lest 04.03.14

http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Norsk sykepleieforbund, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, lest 04.03.14

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_.pdf.pdf

Diakonhjemmet Høgskole, logo, lest 11.03.14

http://www.diaconhjemmet.no/var/ezwebin_site/storage/images/media/images/ikoner-design-elementer-osv/logo-og-design/diaconhjemmet-hoegskole-logo-jpeg/67677-1-nor-NO/Diaconhjemmet-Hoegskole-logo-JPEG_imagelarge.jpg