



Norsk tittel: Psykoedukasjonens betydning for
bedringsprosessen

English title: The Meaning of Psychoeducation in Relation to
the Recovery Process

Kandidatnummer: 56

VID vitenskapelige høyskole

Stuedstedet Betanien

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2014

Antall ord: 8491

6. april 2017



Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 56
Navn på studiet: Bachelor i sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave
Emnekode: 1C – Sykepleiens faglige og vitenskapelige grunnlag
Innleveringsfrist: 6. april 2017
Antall ord: 8491

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: _____ 56 _____

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: Nei:

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan psykoedukasjon påvirke bedringsprosessen til pasienter med bipolar lidelse?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie der forskning og faglitteratur knyttes sammen for å svare på problemstillingen.

Funn: Psykoedukasjon er viktig for mange pasienter med bipolar lidelse i deres bedringsprosess.

Drøfting: Jeg drøfter om psykoedukasjon kan fremme pasientens kontroll over sykdom og egen helse, samt hvordan psykoedukasjon kan påvirke mestringsfølelsen til pasienter med bipolar lidelse. Tilslutt drøfter jeg om det finnes ulike veier til bedring.

Konklusjon: Psykoedukasjon kan være viktig for bedringsprosessen ved at den kan fremme pasientens opplevelse av kontroll over sykdommen gjennom å lære å gjenkjenne varselsymptomer og hvilke tiltak de kan iverksette for å avverge eller dempe en sykdomsepisode. Psykoedukasjon fremme empowermentprosessen og bidra til økt mestringsfølelse ved at pasienten kan oppleve sykdommen som mer håndterbar og få en økt opplevelse av sammenheng. Det er ulike veier til bedring og noen har mer behov for psykoedukasjon enn andre.

Abstract

Research question: How can psychoeducation affect the recovery process for patients with bipolar disorder?

Method: This is a literature study where research papers and literature are linked together to answer the research question.

Findings: To many patients with bipolar disorder, psychoeducation can be important for the recovery process.

Discussion: I have discusses whether psychoeducation can advance the patient's control over their illness and health, as well as how psychoeducation can affect the feeling of mastering for patients with bipolar disorder. Finally, I discuss whether there are different ways to recovery.

Conclusion: Psychoeducation can be important in the recovery process by advancing the patients sense of control over the illness by learning to recognize warning signals and what they can to prevent or mitigate an episode of illness. Psychoeducation can advance the empowerment process and contribute to an increased feeling of mastering for the patient by seeing the illness as more manageable and have an increased sense of coherence. There are different ways to recovery and some need psychoeducation more than others.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Begrepsavklaring	1
1.4 Avgrensning og presisering av oppgaven.....	2
2.0 Metode	2
2.1 Litteraturstudie som metode	2
2.2 Litteratursøk og valg av litteratur	3
2.3 Kildekritikk.....	4
3.0 Teori	4
3.1 Bipolare lidelser.....	4
3.2 Psykoedukasjon	5
3.2.1 Kriseplan	6
3.2.2 Sykepleiers pedagogiske funksjon	7
3.3 Bedringsprosesser	7
3.4 Salutogenese	8
3.5 Empowerment.....	9
4.0 Resultat	10
4.1 «Staying well with bipolar disorder», av Russell og Browne (2005).....	10
4.2 «Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy.», av Candini mfl. (2013).	11
4.3 «Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: A cross-sectional study», av Goossens mfl. (2010).	12
5.0 Drøfting	13
5.1 Kan psykoedukasjon fremme pasientens kontroll over sykdommen og egen helse?.....	13
5.2 Hvordan kan psykoedukasjon påvirke mestringsfølelsen til pasienter med bipolar lidelse?	17
5.2.1 Motstridene resultater?.....	20
5.3 Ulike veier til bedring?	21
6.0 Konklusjon	22
Litteraturliste	23

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bipolar lidelse er en alvorlig psykiatrisk sykdom (K.J. Ødegaard mfl., 2012, s.57).

Oppsummert kan man si at prevalensen av bipolar lidelse ligger på rundt 1 %. Dersom man utvider det bipolare spektrumet vil prevalensen i befolkningen øke til å omfatte i alle fall noen prosent av befolkningen (K.J. Ødegaard mfl., 2012, s. 49).

Bipolar lidelse er en sykdom som reduserer livskvalitet, fører til økt uførhet og tidlig død, og har betydelige økonomiske konsekvenser for samfunnet. Verdens helseorganisasjon (WHO) rangerer bipolare lidelser som mer uførhetsskapende enn alle kreftsykdommer og primære nevrologiske lidelser (Saraceno, referert i K.J. Ødegaard mfl., 2012, s. 45).

I min psykiatripraksis møtte jeg mange pasienter med bipolar lidelse og fikk se at sykdommen kan være en stor belastning for pasienten og deres nettverk. På bakgrunn av dette ønsker jeg å undersøke hvordan mennesker med bipolar lidelse kan klare seg lengst mulig uten å få tilbakefall av maniske eller depressive episoder og hvordan pasientene kan kjenne igjen tidlige symptomer på mani og depresjon. Via veileder og praksisstudier ble jeg introdusert for begrepene psykoedukasjon og bedringsprosesser, og dette vekket min interesse til å undersøke hvilke betydning dette kan ha for pasienter med bipolar lidelse.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan psykoedukasjon påvirke bedringsprosessen til pasienter med bipolar lidelse?

1.3 Begrepsavklaring

Psykoedukasjon – betyr læring om egen psykisk lidelse (Karterud og Bateman, 2011, s. 35). Gjennom undervisning får pasientene «informasjon om mulige årsaker til lidelsen, symptomutforming, hva som kan virke inn på lidelsen, behandling og hva de selv kan gjøre» (Morken, 2012, s. 306).

Bedringsprosess – bedring betyr *å få det bedre* eller *å komme seg* (Borg, 2006, s. 56). Det er en prosess som handler om hvordan pasientene selv håndterer og jobber med sine vansker (Veseth, 2012, s. 448-449).

Bipolar lidelse – en psykisk lidelse der det vil «inntre episoder med endringer i stemningsleiet som går ut over det som regnes som normale humørsvingninger» (Morken, 2012, s. 304). Pasienten vil oppleve lett eller alvorlig oppstemte faser, eller blandede faser med innslag av både depresjon og mani. De fleste vil også oppleve nedstemte faser (Aarre mfl., 2009, s. 96).

1.4 Avgrensning og presisering av oppgaven

Denne oppgaven omhandler pasienter med bipolare lidelser I og II. I oppgaven veksler jeg mellom å bruke ordene lidelse og sykdom for bipolar lidelse. Jeg har valgt å undersøke hvordan psykoedukasjon kan påvirke bedringsprosessen og belyser dette ut i fra teori om empowerment og salutogenese, faglitteratur og forskningsartikler.

Bedringsprosess er en individuell prosess som skapes i samspill med andre (Nyttingnes og Skjerve, 2006, s. 205), og jeg ønsker derfor å se hvordan gruppebasert psykoedukasjon kan påvirke målet om bedring. På grunn av oppgavens ordbegrensning fokuserer jeg ikke på pårørendes rolle.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er metoden en litteraturstudie. I en litteraturstudie består materialet som blir presentert av kunnskap som allerede er eksisterende. Materialet henter man gjennom å bruke faglitteratur og å søke i relevante databaser på vitenskapelige originalartikler og vurdere artiklene kritisk (Støren, 2013, s.17, 39). Man kan si at litteraturstudien ikke kommer med ny kunnskap, noe som kan være en svakhet ved denne metoden. Ny innsikt kan likevel komme fram når man kombinerer flere artikler eller undersøkelser (Magnus og Bakketeig, referert i Støren, 2013, s. 17). En annen utfordring ved en litteraturstudie er at man kun kan ta med noen få forskningsartikler om emnet man har valgt, noe som gir tilgang til en begrenset mengde relevant forskning i oppgaven. Det kan også føre til at den som velger artiklene som skal være med i oppgaven, velger studier som støtter egne standpunkt (Forsberg og Wengström, 2008, s. 30).

Jeg har funnet både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Ved å bruke en kombinasjon av metodene kan tema belyses fra ulike synsvinkler (Forsberg og Wengström, 2008, s. 66). I en kvalitativ undersøkelse fanger man opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2012, s. 112). En fordel ved denne metoden er at den kan si noe om utbredelse (Christoffersen mfl., 2015, s. 18).

2.2 Litteratursøk og valg av litteratur

Jeg har søkt i bibliotekbasen Oria og funnet mesteparten av faglitteraturen via denne. Noen av bøkene har jeg blitt presentert for og fått låne av en psykiatrisk sykepleier. Disse bøkene finnes også i Oria og på skolebiblioteket.

PubMed er gratisversjonen av MEDLINE, som er verdens største database innen medisin, sykepleie, preklinisk vitenskap m.m. Databasen har referanser til artikler fra ca. 5000 tidsskrifter internasjonalt (Nortvedt mfl., 2012, s. 53). I PubMed brukte jeg søkeordene «bipolar» AND «symptoms» AND «recognize» AND «prevent», og fikk opp fire artikler. Jeg valgte «Staying well with bipolar disorder».

PsycINFO (Ovid) er en database innenfor blant annet psykologi, psykiatri og sykepleie som har referanser til ca. 2500 tidsskrifter internasjonalt (Nortvedt mfl., 2012, s. 52). Her fant jeg to artikler. Første gang brukte jeg søkeordene «bipolar disorder» AND [«prevent» OR «reduce»] AND «relapse». Jeg valgte å avgrense til forskning fra de siste ti år og «Peer Reviewed Journal», fagfellevurderte artikler, og valgte artikkelen «Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: A cross-sectional study.» Den siste artikkelen ble funnet ved hjelp av søkeordene «Bipolar disorder» AND «psychoeducation» AND [«prevent» OR «reduce»] AND «relapse» og med avgrensning til forskning fra de siste ti år. Jeg valgte artikkelen «Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy.» Jeg har også søkt i andre databaser, både på CINAHL, Cochrane Library og SveMed+, men kunne ikke finne relevante forskningsartikler i disse databasene.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er å karakterisere og vurdere kildene man bruker i oppgaven. Primærlitteratur er «den opprinnelige utgaven av en tekst eller senere opptrykk av den» (Dalland, 2012, s.72, 77). Sekundærlitteratur er skrevet på grunnlag av primærlitteraturen (Thidemann, 2015, s. 71). En utfordring med sekundærlitteratur er at opprinnelige perspektiver kan ha blitt omgjort (Dalland, 2012, s. 73). Jeg har benyttet primærlitteratur der det har vært mulig.

I denne oppgaven blir det ofte referert til Colom og Vietas modell for psykoedukasjon. I deres modell er det psykologer som underviser pasientene. I praksis i Norge i dag er sykepleiere også med å undervise i psykoedukasjon.

Jeg har tatt kontakt med poliklinikken på Betanien DPS der jeg fikk snakke med en psykolog som har vært med å undervise gruppebasert psykoedukasjon for pasienter med bipolar lidelse. Dette gjorde jeg for å få et innblikk i hvordan psykoedukasjon utføres i Norge og for å høre om utfordringer og tilbakemeldinger de har fått på kursene.

Det anbefales fra VID vitenskapelige høyskole, studiested Betanien å bruke forskning innenfor de siste ti år. Forskningsartikkelen «Staying well with bipolar disorder» er fra 2005, men jeg har valgt å bruke den likevel ettersom artikkelen får fram mye av det jeg ønsker å belyse i min oppgave. Jeg ønsker å belyse hvordan pasienter med bipolar lidelse holder seg frisk lengst mulig, og da kan en kvalitativ artikkel være viktig å ha med. Litteraturen på området virker generelt å være noe begrenset. Dette gjelder særlig psykoedukasjon til pasienter med bipolar lidelse.

Forskningsartiklene i oppgaven er fra Nederland, Australia og Italia. Det er land som vi kan sammenligne med Norge.

Etiske retningslinjer for oppgaveskriving er fulgt i oppgaven. Jeg har vært nøye med å oppgi kilder og merke sitater tydelig.

3.0 Teori

3.1 Bipolare lidelser

Bipolare lidelser er en psykiatrisk sykdom der det vil oppstå endinger i stemningsleiet som går utenfor det som regnes som normale humørsvingninger (Morken, 2012, s. 304). Lidelsen

fører til perioder der pasienten er i en oppstemt (manisk) episode, eller i en blandet episode med innslag av både depresjon og mani. De aller fleste vil også ha depressive perioder (Aarre mfl., 2009, s. 96). Forløpet kan være svært forskjellig fra person til person (Haver, 2012, s. 39).

Bipolare lidelser deler man inn i type 1 og 2 (Thingnæs, 2012, s. 36). Ved bipolar lidelse I har pasienten episoder med mani og som oftest depresjoner. Ved bipolar lidelse II har pasienten perioder med hypomani og alvorlige depresjoner, men har aldri vært manisk (Aarre mfl., 2009, s. 96). Hypomani varer i minst fire dager (Rådet for psykisk helse, 2006, s. 9) og er en episode med lett oppstemthet, økt aktivitetsnivå, redusert søvnbehov og stor arbeidslyst. I en manisk fase kan pasienten ha et hevet, utflytende eller irritert stemningsleie. Pasienten er mer aktiv, enten sosialt, i arbeid eller seksuelt. De kan kjenne på en sterkt økt selvtillit og kan ha sykelige storhetstanker om seg selv. Mindre behov for søvn er svært vanlig og de kan være overdrevet opptatt av aktiviteter som innebærer ubehagelige eller farlige følger som pasienten ikke innser (Thingnæs, 2012, s. 35-36). Endringer i kognitiv fungering påvirker konsentrasjonsevnen og gir økt distraherbarhet, tankeflukt og talepress (K.J. Ødegaard mfl., 2012, s. 63).

I de depressive fasene har pasienten interesse- eller gledesløshet ved alle eller de fleste aktiviteter, og kan ha manglende følelsesmessig reaksjon på hendelser som vanligvis ville gjort dem glad. De kan oppleve overdreven eller urimelig skyldfølelse, tap av seksuell lyst, søvnforstyrrelser og kan lett bli irritert. Noen kan også oppleve periodiske kroppslige plager som for eksempel diffuse smerter og ukarakteristiske mageproblemer (Thingnæs, 2012, s. 35-36). Ytterpunktene av både depresjon og mani er en psykotisk tilstand (Eknes, 2006, s. 185).

3.2 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon betyr læring om egen psykisk lidelse (Karterud og Bateman, 2011, s. 35). Psykoedukative strategier er ikke dokumentert hensiktsmessig som monoterapi, men som et supplement til annen virksom behandling, for eksempel medikamentell behandling (Ketter & Calabrese; Colom & Lam, referert i Eknes 2006, s. 212). Psykoedukasjon kan foregå både i grupper og individuelt, men gruppebasert psykoedukasjon er best dokumentert (Eknes, 2006, s. 212).

I psykoedukativ behandling lærer man pasienten selv, og ofte også pasientens pårørende, mye om hva lidelsen innebærer, eksisterende risikofaktorer generelt og for den enkelte og

informasjon om medikamentell behandling (Eknes, 2006, s. 212). Et mål med pasientundervisning generelt blir beskrevet av Rankin mfl. (referert i Söderkvist, 2008, s. 13) slik: «The goal of patient education is to assist patients in the improvement of their own health.»

Hensikten med psykoedukasjon er å gi pasientene en praktisk og teoretisk tilnærming til å forstå og mestre lidelsen. Man ønsker å få pasientene til å forstå sammenhengene mellom personlighet, relasjoner, forhold i omgivelsene, symptomer, fordeler og bivirkninger av behandling, og at de kan ta ansvar for egne valg når de oppdager sykdomstegn (Colom & Lam, referert i Eknes, 2006, s. 213).

Psykoedukasjon som behandling etter psykologen Colom og psykiateren Vietas modell, gis over 21 ukentlige gruppemøter med 8-12 deltakere i en gruppe. Gruppelederne bør ha erfaring med behandling av bipolar lidelse. Gruppemøtene starter med en 30-40 minutters innledning om tema for dagen og en øvelse tilknyttet dette, og til slutt diskusjon i gruppe. Det gis informasjon om mulige årsaker til lidelsen, hva som kan virke inn på lidelsen, symptomutforming, behandling og hva pasientene selv kan gjøre for å påvirke lidelsen. Pasientene får hjemmelekser, først og fremst knyttet til å registrere egne symptomer ved hjelp av dagbok (Morken, 2012, s. 306). En viktig del av psykoedukasjonsundervisningen er tidlig identifisering av varselssymptomer på mani og depresjon (Candini mfl., 2013, s. 150). Psykoedukasjon er ikke bare opplæring og undervisning av sykdommen, men pasientene vil i møtene ta opp egne erfaringer og reaksjoner og får respons fra de andre pasientene og gruppelederne (Morken, 2012, s. 310, 306).

Det er mest hensiktsmessig for personer med bipolare lidelser å delta i psykoedukativ gruppebehandling når de har et mest mulig normalt stemningsleie (Colom og Lam, referert i Eknes, 2006, s. 213-214). Gruppebasert psykoedukasjon finnes tilgjengelig som en del av spesialisthelsetjenestens tilbud flere steder i Norge i dag (C.H. Ødegaard mfl., 2012, s. 438), og egner seg godt ved allmennpsykiatriske poliklinikker ved distriktpsykiatriske sentre (DPS) (Katerud og Bateman, 2011, s. 91).

3.2.1 Kriseplan

Det kan være viktig å registrere de første tegnene på mani eller depresjon for å kunne utføre tiltak for å avverge eller dempe den kommende episoden med mani eller depresjon (Morken, 2012, s. 306). Sammen går behandler og pasient gjennom tidligere sykdomsepisoder og leter

etter de første varselstegnene på depresjon, hypomani eller mani. Tidlige tegn på nye episoder kan være svært varierende og individuelle. Sammen lager pasient og behandler en plan for de tiltakene de tror vil være effektive neste gang pasienten oppdager tegn til en ny episode med mani eller depresjon.

Dersom man opplever tegn til en ny episode, er det viktig å vite hvem man kan kontakte. Pasientene får gjerne navn på to medarbeidere i allmennhelsetjenesten eller i psykisk helsevern som de kan kontakte ved behov (Morken, 2012, s. 307).

3.2.2 Sykepleiers pedagogiske funksjon

Pasientundervisning er en viktig funksjon i sykepleie (Close, referert i Ravnestad, 2009). Undervisning, veiledning og informasjon av pasienter og pårørende er et av områdene som løftes fram i rammeplan for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Som sykepleier skal man blant annet ha handlingsberedskap til å «ta del i arbeidsstedets særegne og spesialiserte undervisnings- og veiledningsoppgaver» (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6).

3.3 Bedringsprosesser

Begrepet bedring kommer fra det engelske begrepet «recovery» og handler om *å få det bedre* eller *å komme seg* (Borg, 2006, s. 56). Den amerikanske psykologen Patricia Deegan beskriver bedring som «en prosess, en måte å leve på, en holdning og en måte å møte hverdagens utfordringer på» (referert i Borg og Topor, 2011, s. 18). Bedring er ikke nødvendigvis et utfall der behandlingseffekten måles, men det betyr heller hvordan pasientene selv håndterer og jobber med sine vansker. Det er en bevegelse der man hele tiden søker å finne måter å leve et godt og verdig liv på (Veseth, 2012, s. 448-449).

Bedringsprosesser handler ikke om å være en passiv mottaker av helsetjenester og er heller ikke en form for behandling eller intervensjon der målet er en tilstand uten symptomer eller plager. Positiv endring blir fra et bedringsorientert perspektiv forstått som «en aktiv prosess der de psykiske plagene bare ses som én del av personen» (Davidson, referert i Veseth, 2012, s. 449). Bedringsprosesser er ikke som en rett linje der det bare går opp og frem, men innebærer både gode perioder med bedring, og vanskelige perioder med stagnasjon der det føles som alt stopper opp (Borg og Topor, 2011, s. 19). Ønsket om et annet liv, å ikke gi opp,

holde håpet levende, ta tilbake kontrollen, bruke fagfolk og uformelle hjelpere på *sitt* vis, og tilhøre et sted og få til et sosialt liv er det som går igjen i historier om bedringsprosesser (Topor; Borg og Topor, referert i Borg, 2006, s. 56). Bedringsprosesser er en individuell prosess, men skapes og utvikles også gjennom relasjoner til andre (Nyttingnes og Skjerve, 2006, s. 205).

Ralph og Corrigan (referert i Borg, 2006, s. 57) trekker fram tre perspektiver om bedringsprosesser. Det første perspektivet er at *bedringsprosessen forekommer som et naturlig fenomen* der personer med alvorlige psykiatriske diagnoser kommer seg og lever et vanlig liv, uten noen form for behandling. I denne gruppen er dem som har hatt alvorlige symptomer og plager, men likevel blitt bra uten å ha oppsøkt fagfolk eller fagmiljøer. Det andre perspektivet er at mennesker med psykiske lidelser *kan bli bra med rett behandling*. Her er dem som kommer seg gjennom vanskene, når sine mål, og lever et godt liv etter et godt og gjensidig samarbeid med fagfolk i forskjellige deler av tjenesteapparatet. Tiltakene kan for eksempel være medisiner, psykoedukasjon og andre typer behandling og støtte. Her er profesjonell hjelp viktig. Det tredje perspektivet handler om at bedringsprosesser *gjenreiser grunnlaget for håp* i forståelsen av alvorlige psykiske lidelser. Dette perspektivet fokuserer på håp for framtiden. I motsetning til å se på seg selv som en kroniker, byr det på forventninger og potensialer for et godt og meningsfullt liv i lokalmiljøet (Borg, 2006, s. 57).

3.4 Salutogenese

Den israelsk-amerikanske medisinske sosiologen Aaron Antonovsky er grunnleggeren av teorien om salutogenese. Teorien ble utviklet som en motvekt til patogenese. Antonovsky avviser klassifiseringen av mennesker som enten friske eller syke, og retter fokuset på et flerdimensjonalt kontinuum (grader av helse) mellom helse og uhelse (Antonovsky, 2012, s. 23, 36; Langeland, 2011, s. 209). Salutogenese gir en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring kan skapes gjennom dens hovedbegrep «sense of coherence», eller på norsk «opplevelse av sammenheng» (Antonovsky, referert i Langeland, 2012, s. 195). En salutogen tilnærming har som mål å ikke bare behandle symptomer på lidelse, men også å gjøre mennesker med psykiske helseproblemer i stand til å leve med problemene ved å ta på alvor deres evne til å aktivt tilpasse seg utfordringene hverdagen byr på (Langeland, 2012, s. 195-196).

Opplevelse av sammenheng, OAS, har tre kjernekomponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. *Begripelighet*, eller *forståelighet*, handler om «... i hvilke grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige...» (Antonovsky, 2012, s. 41). Ved høy begripelighet, forventer man at stimuli som vil møte en i framtiden vil være forutsigbare. Hvis det likevel kommer overraskende, vil man forvente at det kan plasseres i en sammenheng og forklares. *Håndterbarhet* handler om i hvilken grad man har nok ressurser til rådighet til å kunne takle kravene fra stimuliene en utsettes for. «Til rådighet» betyr ressurser man har kontroll over eller ressurser som kontrolleres av en man stoler på og har tillit til, for eksempel ektefellen, Gud, en venn eller en fagperson. Når man har en sterk opplevelse av håndterbarhet, føler man ikke at livet behandler en urettferdig eller at man er et offer for omstendighetene. Når de vanskelige situasjonene kommer, takler man dem, bearbejder sorgen og kommer seg videre. Den siste av kjernekomponentene er *meningsfullhet*. Meningsfullhet handler om i hvilken grad man ser på utfordringene og kravene man møter som verd å engasjere seg i og bruke krefter på. Når er person med sterk opplevelse av meningsfullhet opplever en krise i livet, er personen fast bestemt på å finne en mening i den og gjøre sitt beste for å komme seg gjennom det som er tøft (Antonovsky, 2012, s. 39-41).

I teorien om salutogenese presenteres personlige og kollektive motstandsressurser som kan være med å fremme mestring av spenning i vanskelige situasjoner. Jo flere motstandsressurser en har tilgjengelig og kan anvende, jo bedre OAS og høyere grad av helse opplever man. Egoidentitet og sosial støtte blir framhevet som de viktigste hovedområdene for motstandsressurser (Antonovsky, referert i Langeland, 2012, s. 200). Egoidentitet handler om opplevelsen en person har av seg selv. Åpenbare motstandsressurser kan være penger, mat og bolig (Langeland, 2012, s. 201).

3.5 Empowerment

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» (WHO, referert i Strøm og Fagermoen, 2011, s. 67). Hovedprinsippet med empowerment er å omfordele makt fra fagpersoner, som for eksempel sykepleiere, til pasientene. Hensikten med dette er å styrke den enkeltes ressurser, uavhengighet og tro på seg selv (WHO, referert i Tveiten, 2012, s. 175). I empowerment-tenkningen er *medvirkning*, *maktomfordeling* og *pasienten som ekspert på seg selv* sentrale prinsipper, der målet er å komme ut av avmakten og få mer styring og

kontroll i eget liv (Tveiten, 2012, s. 175-176). Empowerment oversettes ofte med «styrking» og «myndiggjøring», men det engelske begrepet er fortsatt mest brukt (Manger og Wormnes, 2015, s. 67).

«*To empower*» indikerer at noen med mer makt og endringskraft gir til noen med mindre, eller hjelper noen i å øke sin egen makt eller til å bli satt i stand. Samtidig kan noen mobilisere og ta i bruk egne krefter, uten at andre gir dem det (Strøm og Fagermoen, 2011, s. 68-69). Ingen kan gjøre noen «empowered», men man må selv være aktiv i prosessen. Sykepleier eller andre fagfolk kan være samarbeidspartnere i empowermentprosessen (Tveiten, 2012, s. 175-176).

En forutsetning for empowerment er en god og trygg fellesskapsfølelse som skaper emosjonell energi. Sykepleier kan samarbeide med pasienten om å identifisere, fremme og styrke mulighetene for å ta mest mulig kontroll over det som påvirker helsen. Samarbeidet og relasjonen kan ha stor betydning. I samhandlingen mellom sykepleier og pasient i empowermentprosessen er det to eksperter, hver sitt område. På det faglige området er sykepleieren eksperten, mens pasienten er eksperten på seg selv og sitt eget liv (Tveiten, 2012, s. 176-178).

4.0 Resultat

4.1 «*Staying well with bipolar disorder*», av Russell og Browne (2005).

Formål: Hensikten med studien var å undersøke hvordan mennesker med bipolar lidelse unngikk sykdomsepisoder og klarte å holde seg friske. De ønsket også finne ut hvilke rolle personlige, sosiale og miljømessige faktorer spilte i å hjelpe mennesker med bipolar lidelse til å holde seg friske.

Metode: I undersøkelsen brukte de en kombinasjon av kvalitative forskningsmetoder der deltakerne måtte ha vært friske de siste to årene. De to hovedanalytiske kategoriene var «*stay well concept*» og «*strategies to stay well*». Det var 100 personer med i studien, 63 kvinner og 37 menn, i en alder fra 18 til 83 år. Studien er utført i Australia.

Resultater: Tiden fra forrige sykdomsepisode varierte fra to år til over 50 år. Blant dem som deltok var 76 % i lønnet arbeid og 36 % var foreldre. Deltakerne behersket sin bipolare lidelse ved å utvikle en rekke strategier for å holde seg friske. Strategiene var basert på deltagerens

individuelle behov og sosiale kontekst, og inkluderte aksept av diagnose, undervisning om bipolar lidelse, gjenkjenning av både triggerfaktorer og varselsymptomer, tilstrekkelig mengde søvn, stressmestring, medisiner og støttende nettverk. Livsstilsendringer som å spise sunn mat, trene, drikke mindre alkohol, god søvn, stilletid, bruke tid med dem man bryr seg om, stressmestring og latter hadde betydning for å hjelpe deltakerne til å holde seg friske. Økt kontroll over sykdommen gjorde at mange av deltakerne ble mindre redd for den. Med tid, erfaring og innsikt lærte de å minimalisere innvirkningen sykdommen hadde på livene deres.

Konklusjon: Det å holde seg frisk, involverte at deltakerne var oppmerksom på lidelsen deres. Dette gjorde dem i stand til å utvikle en individuell «holde seg frisk» plan, inkludert det å ta i bruk intervensjonsstrategier for å forebygge sykdomsepisoder.

4.2 «Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy.», av Candini mfl. (2013).

Formål: Formålet med studien var å finne ut om strukturert gruppebasert psykoedukasjon for bipolare pasienter er effektivt innen psykisk helsevern.

Metode: 102 polikliniske pasienter fra Italia deltok i denne kontrollerte studien.

Inklusjonskriteriene var at de hadde bipolar lidelse type I eller II og ≥ 3 måneder med normalt stemningsleie. Alle pasientene mottok standard psykiatrisk behandling, inkludert standard farmakologisk behandling. Den eksperimentelle gruppen på 57 personer (46 av dem fullførte) var på 21 gruppebaserte psykoedukasjonsamlinger, ukentlig holdt og gjennomført i henhold til Colom og Vietas modell. I kontrollgruppen, dem som ikke deltok på psykoedukasjon, var det 45 personer.

Resultater: Ett år etter siste undervisning var det 16 (35,5 %) av 45 personer i kontrollgruppen som hadde blitt innlagt på sykehus kontra bare fem (8,8 %) av 57 i behandlingsgruppen. Blant de 46 som fullførte psykoedukasjonsprogrammet var det kun to som ble innlagt på sykehus. I løpet av ettårs-oppfølgingen brukte pasientene som var med i psykoedukasjonsgruppen i gjennomsnitt 1,75 dager på sykehuset kontra 10,16 dager for pasientene i kontrollgruppen.

Konklusjon: Funnene viser at gruppebasert psykoedukasjon er en effektiv måte å forhindre sykehusinnleggelse og reduserer antall dager på sykehus på farmakologisk behandlede

pasienter med bipolar lidelse. Resultatene bekrefter at psykoedukasjon fremmer bedring av lidelsen ved å forhindre akutte faser og styrker stemningsstabilitet og dermed forbedret livskvalitet for personer med bipolar lidelse. Studien bekrefter Colom og Vietas funn i deres undersøkelse (Colom mfl.).

4.3 «Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: A cross-sectional study», av Goossens mfl. (2010).

Formål: I denne studien ønsket de å beskrive de aller første symptomene på manisk eller depressiv tilbakefall rapportert av pasienter med bipolar lidelse. De ønsket også å se sammenhengen mellom evnen til å gjenkjenne de tidlige varselsymptomene og de kliniske kjennetegnene til disse pasientene.

Metode: Studien er en tverrsnittsstudie med deskriptivt design utført i Nederland. Det deltok 111 polikliniske pasienter med diagnosen bipolar lidelse som for tiden ikke var i en maniske eller depressiv fase. Dataene var innhentet gjennom intervjuer ansikt til ansikt med åpne spørsmål og en spørreundersøkelse for demografiske og kliniske kjennetegn.

Resultater: Det første symptomet de gjenkjente på tilbakefall av mani var forandring i energinivå (21 %), søvn (17 %) og sosial funksjonsevne (16 %). Ved depresjon var det endring i tankene (15 %), stemningsstabilitet (12 %), energinivå (12 %), sosial funksjonsevne (11 %) og søvn (10 %). 28 % av pasientene klarte ikke å gjenkjenne varselsignalene på tilbakefall av mani. Det var også 28 % som ikke klarte å kjenne igjen varselsignalene på tilbakefall av depresjon, og 12 % klarte ikke gjenkjenne noen av dem. Det var en signifikant sammenheng mellom evnen til å gjenkjenne varselsymptomer på tilbakefall på depresjon og antall depressive episoder gjennom livet.

Konklusjon: Flertallet av pasienter med bipolar lidelse i normalt stemningsleie klarer å gjenkjenne tidlige varselsymptomer på tilbakefall. Disse varselsymptomene kommer ofte tidlig i prosessen av tilbakefall. Resultatene i denne studien anbefaler at pasienter lærer å gjenkjenne varselsymptomene på tilbakefall fra erfaring framfor fra terapeutiske intervensjoner.

5.0 Drøfting

5.1 Kan psykoedukasjon fremme pasientens kontroll over sykdommen og egen helse?

Bipolare lidelser har ofte vært assosiert med å miste kontroll. I et bedringsorientert perspektiv vil pasientens egen kompetanse stå i sentrum når det gjelder behandling og hjelp så vel som forskning. Kontroll av psykiske helseplager er ikke noe som kan gis eller fås, men personen må aktivt gjenvinne det selv (Veseth, 2012, s. 451). Sykepleier kan samarbeide med pasienten om å identifisere, fremme og styrke mulighetene for at pasienten kan ta mest mulig kontroll over sin bipolare lidelse (Tveiten, 2012, s. 177).

Studien til Russell og Browne (2005, s. 192) viser at å ta kontroll over sin bipolare lidelse involverte ofte å vite når man skal be om hjelp. Her er det også viktig å kunne vite hvem man kan spørre om hjelp. Dersom sykepleier og pasient sammen har laget en kriseplan, vil den gjerne inneholde kontaktopplysninger til medarbeidere i allmennhelsetjenesten eller i psykisk helsevern som de kan kontakte ved behov (Morken, 2012, s. 307). Begrepet empowerment brukes ofte i forbindelse med evnen til å nyttiggjøre seg av ressurser (Langeland, 2012, s. 201). Da sykepleier sitter med mye faglig kunnskap, kan pasientene velge å nyttiggjøre seg av denne ressursen. Hovedfunnet i studien til Russell og Browne (2005, s. 192) var viktigheten av «stay well plans» for å forhindre sykdomsepisoder. Deltakerne utviklet, tilpasset og reviderte deres «stay well plans» ettersom omstendighetene krevde det. Disse planene identifiserte triggerfaktorer og tidlige varselsignaler, og skisserte strategier for dem selv og andre for å sørge for at deltakeren holdt seg frisk. «Stay well plans» er som en kriseplan, som brukes i Norge. Deltakerne i studien uttrykte at det å ha en forhåndsregel for hvordan de skulle håndtere symptomene var vesentlig for bedring.

Hensikten med psykoedukasjon er, som tidligere nevnt, å gi pasientene en praktisk og teoretisk tilnærming til å forstå og mestre lidelsen, som blant annet innebærer at pasientene kan ta ansvar for egne valg når de oppdager sykdomstegn (Colom & Lam, referert i Eknes, 2006, s. 213). Gjennom psykoedukasjon vil pasientene ikke bare motta informasjon, men får også komme med egne erfaringer og reaksjoner og får respons fra gruppelederne og de andre pasientene (Morken, 2012, s. 310). Ved at pasientene får kunnskaper om hvordan de kan være med å påvirke lidelsen og lære hvordan de selv kan identifisere varselsymptomer på tilbakefall, kan det tenkes at pasientene etter hvert føler at de får mer kontroll over

sykdommen og at den blir mer håndterbar. Dette kan tyde på at psykoedukasjon er med å fremme empowermentprosessen.

I studien av Russell og Browne (2005, s. 189) kommer det fram at å få bedre kontroll over lidelsen, gjorde at mange av deltakerne ble mindre redd for den. En 29 år gammel universitetsstudent beskrev hvordan det å håndtere symptomene ga henne en følelse av kontroll over lidelsen. «One of the best things I can say about my illness now is that I am not scared of it anymore. I believe that I have the power to control it. I have learnt how to manage my symptoms» (referert i Russell og Browne, 2005, s. 189). Dette viser noe av betydningen av å oppleve kontroll over lidelsen og dermed eget liv, samt viktigheten av å kunne gjenkjenne varselsymptomer, som det fokuseres på i psykoedukasjon. WHO's definisjon av empowerment som «en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre sin helse» (referert i Strøm og Fagermoen, 2011, s. 67) er med å underbygge dette.

I rammeplan for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6) kan vi lese om sykepleiers ansvar for å informere, veilede og undervise blant annet pasienter om problemene og behovene som kan oppstå ved sykdom. Som sykepleier skal man kunne «ta del i arbeidsstedets særegne og spesialiserte undervisning- og veiledningsoppgaver» (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Pasientundervisning er en viktig sykepleieroppgave (Granum, referert i Ravnstad, 2009). Dersom man som sykepleier for eksempel jobber på en allmennpsykiatrisk poliklinikk ved et distriktpsykiatrisk senter kan psykoedukasjon være en del av behandlingstilbudet til pasienter. Ved å undervise pasienter om sykdommen deres kan det øke deres følelse av kontroll og mestring av den. Rankin og Stalling (referert i Söderkvist, 2008, s. 12) trekker fram pasienters følelse av maktesløshet og viktigheten av pasientundervisning:

Feeling powerless is perhaps the most devastating aspect of illness for a patient. Patient education is the most effective means of returning control to the patient by reducing feelings of helplessness and enhancing the ability to be the chief decision maker in the management of one's health and illness.

Slik jeg ser det kan man gjennom psykoedukasjon hjelpe pasienten til å minske følelsen av hjelpeløshet. Det kan være viktig å hjelpe pasienten til å oppdage sin egen evne til å kunne bidra i behandlingen (Barlow mfl., referert i Goossens mfl., 2010, s. 1206). Ved å gi pasienten en viktig rolle i behandlingen bidrar man til empowerment av pasienten, og dette er av stor

betydning (Goossens mfl., 2010, s. 1206). Sykepleier kan, ved å være en samarbeidspartner, støtte og oppmuntre pasienten til å se hva han eller hun kan bidra med. Sykepleieren er ekspert på det faglige området, mens pasienten er eksperten på sitt eget liv og på seg selv. Her kan det være viktig at pasienten får en opplevelse av å bli anerkjent som ekspert på seg selv. Man kan bli anerkjent ved å bli spurt, lyttet til og tatt på alvor (Tveiten, 2012, s. 175-176, 178). I studien av Goossens mfl. (2010, s. 1206) foreslår de at man bør forbedre innsatsen på det å undervise pasientene i selvledelsesteknikker, fokusere på tidlige varselsignaler på tilbakefall og ha planen klar for hva man skal gjøre når pasienten oppdager varselsignaler. De anbefaler gruppebasert psykoedukasjon som er designet for å forhindre fremtidige tilbakefall.

I studien av Candini mfl. (2013, s. 153) viser det seg at strukturert psykoedukasjon er av stor nytte som tilleggsbehandling til psykofarmaka, og at det er med på å forhindre sykehusinnleggelse for pasienter med bipolar lidelse. De fleste pasientene understreket at den avgjørende betydningen av psykoedukasjon var å effektivt kunne håndtere bipolar lidelse i hverdagslivet. Alle deltakerne (100 %) i studien oppga at de ville anbefalt psykoedukasjon til andre med bipolar lidelse (Candini, 2013, s. 153), noe som indikerer at de opplevde kurset som nyttig. Kunnskapen som pasientene får gjennom psykoedukasjon er kunnskap de kan ta med seg videre i livet og som kan hjelpe dem i bedringsprosessen.

I Russell og Browne (2005, s. 189) sin studie kommer det fram at det å «skille mellom» sykdommen og seg selv er av stor betydning for å holde seg frisk. En av deltakerne, en 54 år gammel allmennlege, var bevisst på at den medisinske diagnosen bare beskrev sykdommen, og ikke ham som person. Han forklarer det slik: «I see the problem as the manic depression and not me. I separate the two and see the need for me to be in control of the manic depression, so that it doesn't influence my life too much» (referert i Russell og Browne, 2005, s. 189). I følge Davidson (referert i Veseth, 2012, s. 449) handler positiv endring fra et bedringsorientert perspektiv om å se de psykiske plagene som bare én del av personen. Resultatene i studien er med å bekrefte det Davidson skriver om bedringsprosess og positiv endring. Flere av deltakerne i studien følte at når de ble beskrevet som «manisk depressiv» eller «bipolar» ble den medisinske diagnosen en merkelapp som beskrev hele personen, ikke bare sykdommen. En 40 år gammel advokat sa: «At some point I must loosen the tag on my forehead that says 'bipolar' and just get on with it. Otherwise I become obsessed about my illness and then I become my illness» (referert i Russell og Browne, 2005, s. 190). Det å «skille mellom» seg selv og sykdommen kan gjøre at pasientene ikke ser på seg selv som en psykiatrisk pasient eller en diagnose, men heller at diagnosen bare er en liten del av det unike

menneske de er. I denne prosessen kan sykepleier bidra ved å lytte til og anerkjenne pasientens egne opplevelser og erfaringer, og dermed styrke pasientens opplevelse av kontroll og makt i eget liv. På denne måten bidrar sykepleier også til å gi makten tilbake til pasienten, noe som kan være viktig for at pasienten kan oppleve økt grad av empowerment.

Man kan stille seg spørsmålet om det er noen utfordringer ved gruppebasert psykoedukasjon. Selv om gruppebasert psykoedukasjon fungerer godt for mange, er det noen pasienter som ikke trives i grupper. For noen kan det være vanskelig å organisere hverdagen slik at de kan delta. Ved store amerikanske sentre for bipolar lidelse har det vært vanskelig å rekruttere deltakere fordi det er vanskelig for pasientene å komme til en fast tid en gang i uken over en lengre periode (Morken, 2012, s. 310, 306). I informasjonsheftet fra Rådet for psykisk helse (2006, s. 18) forteller de som holdt kurset om bipolar lidelse at de var i USA for å lære metoden før de startet i Norge. Der fikk de høre at de måtte regne med at halvparten av pasientene falt av underveis. På det første kurset var det likevel ingen som falt av. En av kursholderne forteller at psykoedukasjon kan være krevende for pasientene og at det ikke alltid er så lett for pasientene å ta imot informasjon som berører dem selv på en så personlig måte.

I Candini mfl (2013, s. 151) var det 11 av 57 deltakere som falt fra underveis. Grunner til dette var tilbakefall av maniske, depressive eller blandede episoder, noen som fikk ny jobb i løpet av kurstiden og dermed ikke hadde mulighet til å fortsette, og noen som var uenige med det som ble undervist. Psykologen som jeg snakket med ved poliklinikken på Betanien DPS fortalte at hennes erfaring var at de fleste fullførte kursene om bipolar lidelse. De tok vanligvis høyde for at en til to pasienter kom til å dette av, men det skjedde ofte før kurset i det hele tatt hadde startet. Noen få blir for dårlig underveis i kurset og må avslutte psykoedukasjonsbehandlingen. Noen av dem kom tilbake ved andre kurs, mens andre så de ikke igjen. Psykologen fortalte også at kurset kan være vanskelig for mange av pasientene da mange følelser kan komme frem når de må tenke tilbake på tidligere episoder for å oppdage deres varselsignaler og triggerfaktorer. Det var en forutsetning at pasientene som deltok på kurset også fikk oppfølging av en behandler utenom psykoedukasjonen.

5.2 Hvordan kan psykoedukasjon påvirke mestringsfølelsen til pasienter med bipolar lidelse?

Mennesker med psykiske helseproblemer kan lett tolke hver følelse eller forandring i humør som et symptom på sykdommen. Dette gjør at det kan oppleves som om et tilbakefall av sykdommen kan komme når som helst. En person med bipolar lidelse kan ofte føle at alt hun eller han gjør blir tolket i lys av diagnosen og at han eller hun dermed blir fratatt retten til å være et normalt menneske med normale følelser (Ahern og Fisher, referert i Langeland, 2011, s. 220).

I en salutogen tilnærming er det viktig å anerkjenne pasienten først og fremst som person (Langeland, 2012, s. 204). Det kan være nyttig å oppmuntre pasienten til å se på diagnosen som bare en liten del av personen (White, referert i Langeland, 2011, s. 220). Et mål for pasienten i et salutogent perspektiv kan være å gjenoppdage seg selv som en person bak diagnosen ved å se på ulike følelser som en del av det å være et normalt menneske (Langeland, 2011, s. 220). Dersom sykepleier viser oppmerksomhet til mestringssevnen når pasienten legger fram sine erfaringer, kan pasienten oppleve bekreftelse på seg selv som bærer av fortellinger som viser til en heltmodig innsats, noe som kan overgå fortellinger om lidelse. Ved å anerkjenne og vise respekt kan sykepleier legge til rette for at pasienten kan flytte seg fra en identitet som en som har bipolar lidelse, til å føle seg som en mestrer (Langeland, 2012, s. 204).

På gruppebasert psykoedukasjon møter mennesker med bipolar lidelse andre med samme diagnose. Det å dele erfaringer og se andre i lignende situasjon kan bidra til at man føler seg mer «normal». I et informasjonshefte fra Rådet for psykisk helse (2006, s. 17) møter vi Eva Bye som har bipolar lidelse. Hun har deltatt på et kurs i «Forebygging av bipolar lidelse» der hun og andre med bipolar lidelse lærte hvordan de skal håndtere sykdommen. I et intervju sier hun: «... I gruppen følte jeg meg normal, jeg følte ikke at jeg satt alene på en haug der andre så på meg og pekte...». I telefonsamtalen min med poliklinikken på Betanien DPS bekreftet psykologen jeg snakket med at det var godt for pasientene å møte andre mennesker med samme lidelse. Hun fortalte at ofte føler pasientene seg alene om det de sliter med. På kurset får de dele erfaringer og lære av hverandre, noe som igjen kan føre til at de føler seg mindre alene om utfordringene de står overfor og oppleve økt mestring.

Gruppebasert psykoedukasjon har på mange måter en salutogen tilnærming. Psykoedukasjon kan være et tiltak og til god hjelp og støtte i bedringsprosessen ved å fokusere på faktorene

som fremmer helse og faktorene som forebygger eller reduserer helseproblemene. I den salutogene tilnærmingen er disse faktorene viktig for å oppnå helse (Langeland, 2012, s. 196). De som har en sterk opplevelse av håndterbarhet føler seg ikke som et offer for omstendighetene (Antonovsky, 2012, s. 40). Som pasient med bipolar lidelse kan man oppleve å være mer som en passiv gjenstand som blir styrt av mani og depresjon enn å være en aktiv deltaker som jobber med å vinne tilbake styringen (Wong, referert i Veseth, 2012, s. 451). Det vil derfor være viktig at sykepleier er med å framheve pasientens egne mestringsstrategier og hvordan de hjelper seg selv. Gjennom psykoedukasjon kan pasienter lære å ikke se på seg selv som et offer. Samtidig er kontroll av psykiske helseplager noe pasientene aktivt må gjenvinne selv. Ved å fokusere på ressursene og kompetansen som ligger i pasientens egne bedringsprosesser, kan man være med å motvirke noe av avmakten som mange med bipolar lidelse kan kjenne på (Veseth, 2012, s. 451). Antonovsky (Referert i Ravnestad, 2009) trekker fram betydningen av å tro på kontroll i situasjonen og opplevelse av sammenheng i det som skjer. Vi kan tenke oss at mestringshjelpen fra sykepleier kan innebære å legge til rette for at pasienten ser at han eller hun har kontroll i en gitt situasjon. Dette kan igjen bidra til mestringsfølelse (Ravnestad, 2009).

Ved å lære å tidlig gjenkjenne varselsignaler (Candini mfl., 2013, s. 150) og hva som kan virke inn på lidelsen (Morken, 2012, s. 306) kan pasienten, slik jeg ser det, få en økt opplevelse av sammenheng og dermed oppleve økt mestring. Gjennom psykoedukasjon kan pasienter lære seg å se sammenheng mellom ting de gjør eller ikke gjør og hvordan det kan være med å utløse en manisk eller depressiv episode. Pasienten kan få en bedre forståelse av hvordan han eller hun kan være med å påvirke sin egen psykiske helse. Ved å oppdage hvilke faktorer som trigger en sykdomsepisode, kan pasienten, i den grad det er mulig, prøve å unngå disse situasjonene. Dersom det er faktorer man i liten grad kan styre eller unngå, kan pasienten sette i gang tiltak og ta i bruk sine motstandsressurser slik at han eller hun kan prøve å avverge eller dempe en ny sykdomsepisode. Sykepleier kan her være en av flere motstandsressurser. Likevel må sykepleier også evne å se når hun skal trekke seg ut slik at pasienten ikke får en opplevelse av at han eller hun er avhengig av sykepleieren for å klare seg. Ellers kan sykepleier risikere å frata pasienten troen på seg selv og egen mestring.

I Russell og Browne (2005, s. 190) sin studie kommer det fram forskjellige triggerfaktorer som deltakerne hadde identifisert. Stress og søvnmangel var de mest vanlige triggerfaktorene. Utmattelse, festing til langt på natt og endring av årstider er eksempler på andre triggerfaktorer som deltakerne identifiserte. Dersom pasientene klarer å avverge en ny

sykdomsepisode kan det føre til mestringsfølelse og tro på seg selv. Ved at pasienten forstår mer av hva som skjer med han eller henne, kan det bli lettere å håndtere situasjonen ved for eksempel å jobbe for å få en bedre døgnrytme eller å drikke mindre alkohol. Når pasientene oppdager slike sammenhenger, kan det oppleves mer meningsfullt å jobbe med det. I følge psykologen fra Betanien DPS som jeg snakket med, jobbet de hele veien gjennom bipolararkursene med at den enkelte skulle finne sine individuelle sårbarhetsfaktorer, varselsignaler og triggerfaktorer.

Hvis pasienten oppdager varselsignaler på mani eller depresjon, kan han eller hun ta i bruk de motstandsressursene han eller hun har til rådighet. I Russell og Browne (2005, s. 192) sin studie kommer det frem at i noen tilfeller måtte deltakerne gripe inn for å unngå sykdomsepisoder. Dette kunne for eksempel være å få noen netter med god søvn eller å gå en lang tur. Det kunne også være å lage en avtale med helsepersonell og endre medisinerne. Med erfaring lærte deltakerne hva som fungerte best for å holde seg frisk. Dette viser at det ofte ligger en prosess bak det å finne ut hva som fungerer best for den enkelte. I følge Veseth (2012, s. 449) handler bedring om hvordan pasienten selv håndterer og jobber med sine vansker. Bedringsprosessen kan innebære både oppturer og nedturer (Borg og Topor, 2011, s. 19). Tiltro og håp til framtiden vil være en viktig forutsetning for positiv endring ved en alvorlig psykisk sykdom som bipolar lidelse, men personer med egenerfaring vektlegger at det er en prosess som krever både tid og tålmodighet (Borg, referert i Veseth, 2012, s. 450). En 39 år gammel mor og fabrikkarbeider sa det slik: «Many people hope for instant recovery. It takes time to learn how to control it. We learn to monitor ourselves and accept what our bodies can do» (referert i Russell og Browne, 2005, s. 190). Deltakerne i studien la fram verdien av livserfaring, inkludert sykdomsepisoder, som en læringsprosess hvor de lærte å gjenkjenne deres individuelle triggerfaktorer og varselsignaler (Russell og Browne, 2005, s. 190). Dette viser at er det viktig at sykepleier anerkjenner den erfaringen og de ressursene pasienten innehar og ser på pasienten som et likeverdig menneske. Jeg tenker at med profesjonell hjelp gjennom psykoedukasjon, kan pasienten få god hjelp som kan bidra til at bedringsprosessen i mange tilfeller kan gå fortere.

I studien «Staying well with bipolar disorder» (Russell og Browne, 2005, s.189) var det forskjellig for hver deltaker hva «staying well», eller «å være frisk», betydde for dem. For noen betydde det å være fri fra symptomer og oppføre seg «normalt». For andre betydde det å kunne ta valg og ta kontroll over sykdommen. Deltakerne i studien er gjerne ikke representativt for alle personer med bipolar lidelse ettersom de som deltok hadde vært frisk i

to til over 50 år. Studien presenterer en gruppe som ofte er utelukket fra forskning og får fram hvilke strategier disse deltakerne har utviklet for å mestre stress og holde seg friske (Russell og Browne, 2005, s. 189). Den viser til personer som har kommet langt i sin bedringsprosess. Veseth (2012, s. 449) bekrefter at det vil være forskjellig fra person til person hva som ligger i det å bli bedre. Bedring betyr ikke å bli «frisk» ut i fra en standard satt av for eksempel helsevesenet, men handler om «... å leve et meningsfullt liv på egne premisser» (Veseth, 2012, s. 449).

5.2.1 Motstridene resultater?

I Goossens mfl (2010, s. 1204) sin forskning var det 44 % av deltakere som ikke klarte å gjenkjenne tidlige varselsignaler for enten mani eller depresjon eller begge deler. I studien var det ingen signifikant sammenheng mellom evnen til å gjenkjenne depressive eller maniske varselsignaler og antall år siden sykdomsdebut, å ha en «action plan», tidligere deltakelse i et psykoedukasjons kurs eller å bo alene. Her kan det se ut til at psykoedukasjon ikke har påvirket bedringsprosessen til disse pasientene. Dette kan virke å motsi noen av hovedfunnene i de to andre studiene i denne oppgaven. Candini mfl. (2013, s. 153) sin forskning bekrefter Colom mfl. sin studie om at strukturert psykoedukasjon er svært nyttig som tilleggsbehandling til psykofarmaka. I Goossens mfl. (2010) sin studie blir det ikke beskrevet hva en «action plan» inneholder. Det kan tenkes at den kan se annerledes ut enn «stay well plan» som presenteres i Russell og Browne (2005) sin studie og kriseplanene vi bruker i Norge, men det kan man ikke vite. Kun 49 % av alle pasientene i Goossens mfl. (2010, s. 1205) sin studie hadde en «action plan» eller jobbet med å lage en. Det kommer også fram i studien at bruk av psykososial behandling, som for eksempel gruppebasert psykoedukasjon, var uvanlig. Bare 17 % av pasientene deltok eller hadde deltatt på gruppebasert psykoedukasjon (Goossens, 2010, s. 1203, 1205). Vi får ikke vite hvor lenge det er siden de deltok på psykoedukasjon eller hvor langt de er kommet i kurset. Ettersom denne informasjonen mangler er det vanskelig å vite hvilken påvirkning psykoedukasjon har hatt eller kunne hatt for pasientene i studien. Man kan også stille seg spørsmål om livene til dem som tidligere har deltatt på psykoedukasjon kan ha blitt vesentlig endret med årene, som for eksempel familiesituasjon eller andre helsefaktorer. Det fremkommer heller ikke informasjon om «action plans» er oppdatert eller i hvilken grad pasientene benytter seg av dem. Dette kan sees på som en svakhet i Goossens mfl. (2010) sin studie.

5.3 Ulike veier til bedring?

Ralph og Corrigan (referert i Borg, 2006, s. 57) presenterer tre perspektiver på bedringsprosessen. Det første perspektivet, *bedringsprosessen forekommer som et naturlig fenomen*, utfordrer perspektivet på bipolar lidelse som en kronisk lidelse (Lundbeck, 2016) der det forventes langvarig kontakt med helsetjenesten (Borg, 2006, s. 57). I Russell og Browne (2005, s. 191) sin studie var det 15 av deltakerne som ikke brukte foreskrevet medisin. De fleste av dem behandlet sin bipolare lidelse med alternativ behandling i stedet for medisin. En kan stille seg spørsmålet om psykoedukasjon eller andre former for behandling ikke er nødvendig for alle mennesker med bipolar lidelse. Kanskje noen oppdager varselsymptomer og triggerfaktorer uten hjelp fra fagfolk. Kanskje de har mennesker i sitt sosiale nettverk som de kan reflektere med og som hjelper dem å oppdage hva som påvirker lidelsen deres i positiv og negativ retning. Russell og Browne (2005, s. 190) sin studie viser at å lære seg om sykdommen var viktig. Deltakerne i studien lærte om bipolar lidelse gjennom bøker, helsepersonell, seminarer, psykisk helsevern, støttegrupper, internett og gjennom å snakke med andre. Dette viser at noen ikke opplever like stort behov for undervisning om sin psykiske lidelse, men klarer å innhente mye av denne informasjonen selv.

Det andre perspektivet på bedringsprosessen er at mennesker med psykiske lidelser *kan bli bra med riktig behandling*. Eva Bye har bipolar lidelse og sier i et informasjonshefte fra Rådet for psykisk helse (2006, s. 17): «... Jeg ser at jeg tidligere har vært sjanseløs uten å få veiledning i hvordan jeg kan takle symptomene.» For de fleste er ikke bedringsprosessen et naturlig fenomen, men ved hjelp av et godt samarbeid med helsetjenesten og god behandling kan de bli bra og leve et godt liv (Borg, 2006, s. 57). Psykoedukasjon kan være et eksempel på et viktig behandlingstiltak i bedringsprosessen til mennesker med bipolar lidelse, som eksemplet med Eva Bye viser.

Det siste perspektivet er at bedringsprosesser *gjenreiser grunnlaget for håp* i forståelsen av psykiske lidelser (Borg, 2006, s. 57). Bedring forutsetter en form for aksept av plagene man har. Ved aksept vil man kunne utvikle håp for framtiden og tro på egne evner. Når man begynner å akseptere sine vansker, kan man starte med å gjenoppbygge seg selv som noe mer enn en som er psykisk syk (Davidson, referert i Veseth, 2012, s. 450). Flere av deltakerne i Russell og Browne (2005, s. 190) sin studie følte at jo fortere de aksepterte sykdommen og lærte om den, desto bedre sjanse hadde de for å kunne håndtere sykdommen. Ettersom psykoedukasjon viser seg å ha god effekt på mange mennesker med bipolar lidelse, tenker jeg det kan være med å gi håp og motivasjon til andre med bipolar lidelse til å delta på

psykoedukasjon. Det kan gi pasientene håp om en framtid der de har lært seg å forebygge sykdomsepisoder eller håp om en framtid med færre sykehusinnleggelse.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg gjort rede for hvordan psykoedukasjon kan påvirke bedringsprosessen til pasienter med bipolar lidelse. Studier viser at psykoedukasjon er til stor nytte som tilleggsbehandling til psykofarmaka, og at antall sykehusinnleggelse er betraktelig lavere for dem som har deltatt på psykoedukasjon i forhold til dem som ikke har det. Psykoedukasjon kan bidra til at pasienten ser på sykdommen som mer håndterbar, opplever større kontroll over den og får en økt opplevelse av sammenheng, noe som igjen kan føre til empowerment og mestring. Ved at sykepleier hjelper pasienten til å se egne ressurser kan sykepleier bidra til håp og mestring. Det er likevel viktig å presisere at målet om bedring er en prosess som krever både tid og tålmodighet og der livserfaring, inkludert sykdomsepisoder, kan være verdifullt i læringsprosessen med å gjenkjenne individuelle triggerfaktorer og varselsignaler. Psykoedukasjon kan bidra til at denne prosessen går fortere.

Til tross for at psykoedukasjon kan være til god hjelp i bedringsprosessen for mange mennesker med bipolar lidelse, er det noen som skaffer informasjon om lidelsen på egen hånd og ikke opplever et like stort behov for støtte og veiledning fra helsepersonell. Å lære om sykdommen og få støtte fra andre ser ut til å være en fellesfaktor for dem som opplever bedring, men det er likevel ulikt hvor pasientene innhenter informasjon og hvem de søker støtte fra.

Etter å ha sett hvilke positiv betydning gruppebasert psykoedukasjon kan ha for pasienter med bipolar lidelse, ser jeg at det kan det være nyttig å videreutvikle tilbudet om gruppebasert psykoedukasjon og å forske videre på området.

Litteraturliste

- Aarre, T.F., Bugge, P. og Juklestad, S. I. (2009) *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borg, M. (2006) Arbeid, aktivitet og mening. I: Almvik, A. og Borge, L. red. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 53-71.
- Borg, M. og Topor, A. (2007) *Virkosomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Candini, V., Buizza, C., Ferrari, C., Caldera, M.T., Ermentini, R., Ghilardi, A., Nobili, G., Pioli, R., Sabauda, M., Sacchetti, E., Saviotti, F.M., Seggioli, G., Zanini, A. og Girolamo, G. (2013) Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *Journal of Affective Disorders* [Internett], 151, s. 149-155. DOI: 10.1016/j.jad.2013.05.069
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A., og Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eknes, J. (2006) *Depresjon og mani*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Goossens, P. J. J., Kupka, R. W., Beentjes, T. a. A. og Achterberg, T. van (2010) Recognising Prodromes of Manic or Depressive Recurrence in Outpatients with Bipolar Disorder: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Nursing Studies* [Internett], 47 (10) Oktober, s. 1201–1207. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.01.010
- Haver, B. (2012) Noen pasienthistorier. I: Haver, B., Ødegaard, K.J. og Fasmer, O.B. red. *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 23-41.
- Karterud, S. og Bateman, A. (2011) *Manual for mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppeterapi (MBT-I)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra: <
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf> [Lest: 27.03.2017].

- Langeland, E. (2011) Salutogene samtalegrupper. I: Lerdal, A og Fagermoen, M.S. red. *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 208-235.
- Langeland, E. (2012) Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I: Gammersvik, Å. og Larsen, T. red. *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 195-216.
- Lundbeck (2016) *Bipolar lidelse* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.lundbeck.com/no/terapiomrader/bipolar-lidelse>> [Lest: 15.03.2017]
- Manger, T. og Wormnes, B. (2015) *Motivasjon og mestring. Utvikling av egne og andres ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Morken, G. (2012) Psykoedukasjon og annen psykoterapi ved bipolare lidelser. I: Haver, B., Ødegaard, K.J. og Fasmer, O.B. red. *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 303-316.
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. og Reinart, L.M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribe.
- Nytingnes, O. og Skjerve, A-G. (2006) Hvis brukerne fikk bestemme... I: Almvik, A. og Borge, L. red. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 201-220.
- Ravnstad, M. (2009) Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon. *Sykepleien*. [Internett], 91 (7), s. 42-46. Tilgjengelig fra: <<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/sjukepleiaren-sin-pedagogiske-funksjon>> [Lest: 28.03.2017].
- Russell, S.J. og Browne, J.L. (2005) Staying well with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* [Internett], 39 (3) Mars, s. 187–193. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2005.01542.x
- Rådet for psykisk helse (2006) *Bipolar lidelse. Et informasjonshefte fra Rådet for psykisk helse*. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Strøm A. og Fagermoen, M.S. (2011) Brukermedvirkning som medtjenesteytelse. I: Lerdal, A og Fagermoen, M.S. red. *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 63-81.
- Støren, I. (2013) *Bare søk!: praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm.

- Söderkvist, B.K. (2008) Inledning. I: Söderkvist, B.K. red. *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur, s. 11-14.
- Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thingnæs, G. (2012) *Mestringsbok ved stemningslidelse*. Stavanger: Hertervig Akademisk.
- Tveiten, S. (2012) Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I: Gammersvik, Å. og Larsen, T. red. *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 173-193.
- Veseth, M. (2012) Bedringsperspektiv på bipolare lidelser. I: Haver, B., Ødegaard, K.J. og Fasmer, O.B. red. *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 447-458.
- Ødegaard, C.H., Syrstad, V.E.G. og Ødegaard, K.J. (2012) Å leve med bipolar sykdom. I: Haver, B., Ødegaard, K.J. og Fasmer, O. B. red. *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 427-445.
- Ødegaard, K.J., Høyersten, J.G. og Fasmer, O.B. (2012) Historisk utvikling, epidemiologi og klassifikasjon av bipolare lidelser. I: Haver, B., Ødegaard, K.J. og Fasmer, O.B. red. *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 45-76.