

Livskvalitet ved bipolar lidelse type II

«Hvilken betydning har psykoedukasjon for å fremme livskvalitet hos pasienter med bipolar lidelse type II?»

Kandidatnummer: 506 & 474
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8974
Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.2021
Tittel Livskvalitet ved bipolar lidelse type II	
<p><u>Problemstilling</u> «Hvilken betydning har psykoedukasjon for å fremme livskvalitet hos pasienter med bipolar lidelse type II?»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Kunnskapsgrunnlaget i oppgaven baseres på aktuell teorikunnskap i lys av valgt problemstilling. Symptomer, sykdomsforløp og behandling ved bipolar lidelse type II blir beskrevet. Oppgaven tar deretter for seg begrepet livskvalitet med hovedvekt på Næss' definisjon og livskvalitet ved bipolar lidelse type II, før begrepene (selv-)stigma og empowerment defineres. Avslutningsvis presenteres sykepleierens veiledende og undervisende funksjon, samt relevant lovverk og yrkesetiske retningslinjer.</p> <p><u>Metode</u> Det er anvendt litterær oppgave som metode for denne bacheloroppgaven. Teoretisk, forsknings- og erfaringsbasert kunnskap utgjør oppgaven til sammen. I besvarelsen er fag- og forskningslitteratur, yrkesetikk og lovverk anvendt.</p> <p><u>Drøfting</u> Oppgavens drøftingskapittel tar utgangspunkt i faglitteratur, funn fra forskningsartiklene, samt egne erfaringer der det er relevant for å besvare problemstillingen. Målet var å se hvordan psykoedukasjon kan øke livskvaliteten hos pasienter med bipolar lidelse type II. Vi drøfter derfor begrepet livskvalitet, og hvilken betydning psykoedukasjon har for tilbakefall, selvstigma og empowerment. I tillegg belyses det hvilken betydning sykepleieren har i det psykoedukative arbeidet.</p> <p><u>Konklusjon</u> Funn viser at psykoedukasjon har en sentral del i å fremme livskvaliteten hos pasienter med bipolar lidelse type II. For at pasienten skal få utbytte av psykoedukasjonen er det flere faktorer å ta hensyn til. Sykepleier har en viktig rolle i å bidra til at pasienten opplever motivasjon og økt kontroll over lidelsen, spesielt gjennom empowerment og medvirkning. Etter gjennomgått psykoedukasjon opplevde pasienter økt kontroll og forståelse av lidelsen, samt bedre fungering og redusert selvstigma. Pasientene som erfarte dette, vurderte livskvalitet sin høyere. Likevel var det enkelte som ikke fikk like godt utbytte av psykoedukasjon. På bakgrunn av faglitteratur og funn fra forskningen bør psykoedukasjon derfor vurderes etter pasientens behov og tilrettelegges deretter.</p>	

(Totalt antall ord:299)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	1
1.3	Problemstilling	1
1.4	Avgrensning	2
1.5	Begrepsavklaring	2
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	3
2.1	Bipolar affektiv lidelse.....	3
2.1.1	Behandling ved bipolar lidelse type II	4
2.2	Siri Næss og livskvalitet	4
2.2.1	Livskvalitet ved bipolar lidelse type II.....	6
2.3	Stigmatisering og selvstigma.....	6
2.4	Empowerment.....	7
2.5	Psykoedukasjon	8
2.5.1	Utførelsen av psykoedukativt arbeid i praksis	8
2.6	Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon.....	9
2.7	Relevant lovverk og yrkesetiske retningslinjer	10
3	Metode	12
3.1	Litteratursøk	12
3.2	Inklusjonskriterier.....	15
3.3	Øvrig faglitteratur	16
3.4	Kildekritikk.....	16
3.4.1	Valg av forskningslitteratur.....	16
3.4.2	Valg av fagbøker og øvrig faglitteratur.....	17
3.5	Etisk vurdering	18
4	Presentasjon av forskningsartikler.....	19
4.1	Syntese	19
4.2	Artikkelmatrise.....	19
5	Diskusjon.....	23
5.1	Den subjektive livskvaliteten i det psykoeduaktive arbeidet.....	23
5.2	Sykepleierens betydning i psykoedukasjon.....	25
5.3	Psykoedukasjonens betydning for forebygging av tilbakefall.....	26
5.4	Psykoedukasjonens betydning for å motvirke selvstigma	27
5.5	Psykoedukasjonens betydning for å fremme empowerment.....	29
6	Konklusjon.....	32
7	Referanseliste.....	33

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykiske lidelser er et stort folkehelseproblem i Norge og anses å være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i den vestlige delen av verden i dag (Helsedirektoratet, 2015). Bipolar lidelse type II er en livslang stemningslidelse som er forbundet med både redusert livskvalitet og funksjonsnivå, og den er i dag anslått å ha en livstidsprevalens på 3-4% (Malt et al., 2020, s.239). Mennesker med diagnosen har økt risiko for blant annet utvikling av andre psykiske lidelser, rusmisbruk og selvmord (Skårderud et al, 2013, s.343). I tillegg kan flere oppleve skam og sosial stigmatisering knyttet til atferden som fremtrer gjennom lidelsen (Hummelvoll, 2016, s.224). Ifølge Helsedirektoratet (2014) vil det de kommende årene være av stor betydning å redusere forekomsten av psykiske lidelser, totalbelastningen for samfunnet og sikre enkeltmennesker bedre livskvalitet. Med dette som bakgrunn er det vesentlig at sykepleiere har god kompetanse om bipolar lidelse type II, slik at det tidligere iverksettes intervensjoner for å øke pasientens livskvalitet og mestring av sykdommen.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Denne bacheloroppgaven tar for seg sykepleierens undervisende og veiledende funksjon gjennom psykoedukasjon, som er et av sykepleierens funksjon- og ansvarsområder (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.6). Ifølge punkt 2.1 i de yrkesetiske retningslinjene har sykepleieren «ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Ved å fremme kunnskap om sykdommen gjennom psykoedukasjon vil det kunne gi økt forståelse og kompetanse til mestring av symptomer og ubehag (Skårderud et al., 2013, s.176), som videre kan føre til økt livskvalitet.

1.3 Problemstilling

Hensikten med oppgaven er å se nærmere på hvordan psykoeduaksjon som intervensjon kan øke livskvalitet hos denne pasientgruppen. Vi har dermed formulert følgende problemstilling:

«Hvilken betydning har psykoedukasjon for å fremme livskvalitet hos pasienter med bipolar lidelse type II?»

1.4 Avgrensning

I denne bacheloroppgaven skal vi undersøke hvilken betydning psykoedukasjon har for livskvaliteten hos pasienter med bipolar lidelse type II. Av de bipolare affektive lidelsene har vi valgt å utdype oss om bipolar lidelse type II, da denne typen har høyest forekomst i befolkningen (Malt et al., 2020, s.240). Helsedirektoratet (2012) anbefaler at alle med bipolar lidelse får et tilbud om behandling med psykoedukasjon. Fordi valgt intervensjon i oppgaven er psykoedukasjon, vil sykepleierens undervisende og veiledende funksjon sentreres. På bakgrunn av oppgavens omfang vil vi kun fokusere på undervisning og veiledning til pasienter med BT2, selv om familier ofte kan involveres i det psykoedukative arbeidet (Skårderud et al, 2013, s.176).

Basert på egen erfaring er distriktpsikiatrisk senter (DPS) et sted hvor sykepleiere ofte møter pasienter med bipolar lidelse. Et av enhetens kjerneoppgaver er blant annet opplæring og veiledning av pasienter med alvorlige psykiske lidelser (Malt & Mykletun, 2020, s.32). På bakgrunn av dette falt valget av kontekst på DPS. DPS tilbyr både poliklinikk, døgnbehandling, dagbehandling og ambulante tjenester. Vi forholder oss ikke til kun én av disse. DPS tilbyr behandling for voksne over 18 år og er dermed målgruppen for denne oppgaven.

1.5 Begrepsavklaring

Mestring:

«Mestring handler om å ha tilgang til ressurser, til kunnskap, ferdigheter og utstyr, samt evne til å bruke ressursene [...] og er knyttet til stress, utfordringer og håndtering av dette. Behovet for mestring oppstår når personen utsettes for belastninger, for eksempel ved sykdom» (Tveiten, 2016, s.18).

Compliance:

Begrepet compliance kan forklares som ens evne til å ta et legemiddel slik legen har forskrevet. Dersom pasienten ikke følger legemiddelforskrivningen, for eksempel ved å ta for lite eller for mye av et legemiddel, ikke ta legemidlet, eller tar legemidlet til feil tid, vil dette defineres som dårlig etterlevelse (Nordeng, 2014, s.36).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I følgende kapittel presenteres relevant faglitteratur om bipolar lidelse type II, som blant annet omfatter sykdomsforløpet og behandlingsprinsipper. Begrepet livskvalitet, med hovedvekt på Siri Næss sin definisjon, vil deretter gjøres rede for. Ytterlig informasjon om livskvalitet utdypes gjennom fagkunnskap om stigma og empowerment, før teori om intervensjonen psykoedukasjon presenteres. Avslutningsvis redegjør vi for sykepleierens veiledende og undervisende funksjon i det psykoedukative arbeidet, etterfulgt av aktuelle juridiske og etiske føringer.

2.1 Bipolar affektiv lidelse

Bipolar affektiv lidelse er en samlebetegnelse på psykiske lidelser som kjennetegnes ved at det forekommer perioder med både senket og hevet stemningsleie (Malt et al., 2020, s.232). Pasienter med denne type stemningslidelse vil mellom disse periodene oppleve symptomfrie faser, såkalte eutyme faser (Nysæter & Walig, 2016, s.122). Man skiller hovedsakelig mellom to typer bipolar affektive lidelser; type I og type II (Malt et al., 2020, s.232). Begge typene har et sykdomsbilde preget av oppstemthet, hvor bipolar lidelse type I kjennetegnes ved *mani* og bipolar lidelse type II ved *hypomani* (Nysæter & Walwig, 2016, 2.129). Depresjon er dominerende i sykdomsbildet hos begge typene, men varigheten av en depressiv episode ved type II er ofte lenger enn ved type I (Malt et al., 2020, s.239). Oppgaven skal videre omhandle bipolar lidelse type II, som herved benevnes som BT2.

Hypomani betegnes som en mellomtilstand mellom normalt stemningsleie og mani.

Mani er en tilstand som kjennetegnes av raskt økende oppstemthet, økt energi og redusert selvkritikk (Skårderud et al., 2013, s.340). I motsetning til en manisk fase, vil det i en hypomanisk fase ikke forekomme psykotiske symptomer, slik som hallusinasjoner, vrangforestillinger eller svært alvorlig tankeforstyrrelser (Malt et al., 2020, s.234). Hypomani kjennetegnes av et hevet eller irritabelt stemningsleie i minimum fire dager, med økt energi og aktivitet, samt et mindre søvnbehov. Utad kan personen oppleves som mer sosialt omgjengelig og overdrevent fortrolig ovenfor fremmede. Personen selv vil oppleve økt velvære og effektivitet (Nysæter & Walig, 2016, s.130). Funksjonsnivået ved denne tilstanden er hos flere rimelig normalt og helsevesenet kontaktes sjelden på grunn av en oppstått hypomani (Malt et al., 2020, s.235).

Depresjon ved BT2 kan ha flere alvorlige konsekvenser og negativ innvirkning på fungering i dagliglivet (Malt et al., 2020, s.239). Psykomotoriske symptomer som nedstemthet, lite energi, skyld, opplevelse av verdiløshet og svekket kommunikasjonssevne ofte fremtredende. Kroppslige symptomer som nedsatt appetitt, søvnforstyrrelser, smerter og forstoppelse kan oppstå (Skårderud, 2013, s.338). I tillegg kan tankehastigheten ved depresjon gå kraftig ned, samt evnen til å kommunisere og konsentrere seg bli svært vanskelig (Ødegaard et al., 2012, s.67). Typisk ved bipolare depresjoner er tap av mål og mening med livet, samt tendensen til å trekke seg tilbake og søke mindre sosial kontakt. Sterk angst er heller ikke uvanlig. Enkelte personer kan forsøke å dempe disse symptomene ved hjelp av rusmidler. Misbruk av alkohol, benzodiazepiner og opiat er ofte ses blant pasienter med BT2 (Malt et al., 2020, s.236).

2.1.1 Behandling ved bipolar lidelse type II

BT2 er en kronisk sykdom som kan ha et livslangt løp (Ødegaard et al., 2012, s.48). Et mål i behandlingen ved BT2 er at pasienten skal oppnå egenmestring, og tilnærmingen bør rettes mot å redusere symptomer og forebygge tilbakefall. Sistnevnte innebærer primært stemningsstabiliserende legemidler i tillegg til psykoedukasjon (Malt et al., 2020, s.232). I tillegg bør pasienten trene på å tidlig oppdage tegn til tilbakefall og kartlegge hendelser som har ført til nye episoder (s.259). Indikasjonen for forebyggende behandling foreligger dersom lidelsen fører til betydelig redusert funksjon og livskvalitet (s.258). Sentralt for alle med diagnosen er tilgang på informasjon om tjenestetilbudet og behandlingsoalternativer slik at de selv kan velge mellom mulige behandlingsmetoder (Aarre, 2012, s.270).

Helsedirektoratet (2012) anbefaler at alle med bipolar lidelse får et tilbud om strukturert psykoterapeutisk behandling, som inneholder psykoedukasjon. Sykepleieren har en vesentlig rolle i behandlingen ved BT2, særlig gjeldende undervisning og veiledning som er en viktig del av det forebyggende arbeidet (Malt et al., 2020, s.232).

2.2 Siri Næss og livskvalitet

Psykologen Siri Næss har i en årrekke arbeidet med livskvalitetsbegrepet (Kristoffersen, 2011, s.55), og definerer livskvalitet på følgende måte: «*En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative*» (Næss, 2001, s.10). «Å ha det godt», «psykisk velvære» og «lykke» er uttrykk som kan dekke begrepet. Flere

definisjoner av livskvalitet inkluderer objektive forhold i livet; det gjør ikke definisjonen til Næss (2001, s.11). Sett i lys av vår problemstilling vil oppgaven videre anvende Næss' syn, da vi er interessert i å drøfte betydningen av psykoedukasjon for å fremme den enkeltes subjektive livskvalitet.

Næss (2001, s.12-15) utdyper definisjonen av livskvalitet gjennom fire punkter. Under første punkt knyttes livskvalitet til enkeltpersoner og det forklares at vi bør strebe etter å øke den enkeltes livskvalitet. Det presiseres likevel at samfunnets organisering og utvikling kan være avgjørende for den enkeltes livskvalitet (s.12). Andre punkt knytter livskvalitet til individers opplevelser. Livskvaliteten kan likevel påvirkes indirekte av personlighetstrekk, personlighetsegenskaper, noe man har, gjør eller omgis av. Dette kan eksempelvis være selvtillit, inntekt og ren luft (s.13). Den psykiske tilstanden er i tillegg sensitiv for både gode og dårlige livshendelser. Eksempelvis kan vansker i familien redusere både selvtillit og glede. I tredje punkt knyttes livskvalitet til nærvær av *positive* og fravær av *negative* opplevelser. I psykiatrien er det spesielt fokus på å redusere pasientens psykiske plager. Men med livskvalitet som målsetting vil man i tillegg fokusere på pasientens positive opplevelser; en kan i gitte omstendigheter oppleve mye glede, til tross for å være mye plaget av angst og depresjon (s.14). I siste og fjerde punkt knyttes livskvalitet til individers positive og negative opplevelser av *kognitiv* eller *affektiv* art (se tabell 1). Med kognitive opplevelser menes tanker, oppfatninger og vurderinger. Med affektive opplevelser menes følelser (s.15-16).

Tabell 1: Eksempler på positive og negative følelser og vurderinger gjengitt av Næss (2001)

	Affektive opplevelser (følelser)	Kognitive opplevelser (vurderinger)
Positive	Glede, engasjement, kjærlighet	Tilfredshet med eget liv, selvspekt og opplevelse av mening med tilværelsen
Negative	Nedstemthet, angst, ensomhet	Misnøye med eget liv, skamfølelse, opplevelse av ubrukke evner

Kan man måle livskvalitet?

Næss (2001, s.44) understreker at rapporter av pasienter ikke *er* livskvalitet. De er *rapporter*, og ikke opplevelsen i seg selv. Det vil si at selv om en person rapporterer å være glad, kan dette være en falsk rapport (s.44). Det er flere kilder til feilmålinger som kan oppstå ved livskvalitetsforskning, og systemiske feil kan påvirke målingenes validitet. Blant annet kan folk bruke ord forskjellig, noe som særlig er et problem når det omhandler subjektive

tilstander (s.55). Misforståelser, som følge av feiloppfatning av spørsmål eller svar, kan føre til det Næss kaller for «støy» i målingene (s.57). «Støy» kan reduseres blant annet hvis man gjør mye forarbeid i undersøkelsen, og intervjuer kan i enkelte tilfeller være et bedre alternativ enn selvutfyllingsskjemaer (s.58).

2.2.1 Livskvalitet ved bipolar lidelse type II

Livet med BT2 kan oppleves uforutsigbart og påføre funksjonsnedsettelse både i privat sammenheng og i arbeidslivet (Hummelvoll, 2016, s. 224-225). Hypomaniske episoder vil som oftest ikke medføre nedsatt funksjonsevne i dagliglivet. Likevel kan enkelte oppleve å lett komme i konflikt med andre grunnet økt selvfølelse, samt irritabilitet og hensynsløs atferd (Nysæter & Walig, 2016, s.130). Depresjon ved BT2 derimot, kan være svært alvorlig og er forbundet med både redusert livskvalitet og funksjonsnivå (Malt et al., 2020, s.239). I tillegg kan de depressive episodene og symptomene som forekommer lett bli kronifisert, som medfører både en psykologisk og sosial belastning for pasienten (s.252). Det å få hjelp og å ha støttende og trygge relasjoner, både private og profesjonelle, er viktige faktorer som tyder på å bidra til et godt og selvstendig liv med bipolar lidelse (Lauveng, 2020, s.197).

2.3 Stigmatisering og selvstigma

Atferden som fremtrer gjennom BT2 kan medføre flere utfordringer, slik som negativ selveksponering i samfunnet og konflikter med familie og venner. For enkelte kan en oppleve skam og sosial stigmatisering som følge av dette (Hummelvoll, 2016, s. 224-225). Ifølge WHO (2004) opplever personer med en psykisk lidelse intens og gjennomgripende stigmatisering og diskriminering. Selv om stigma kan opptre hos pasienter med bipolar lidelse, er det likevel mindre fremtredende hos denne pasientgruppen sammenlignet med andre alvorlige psykiske lidelser (Haver, 2012, s.41).

Stigma er holdninger og handlinger som oppstår ovenfor et individ som avviker fra fellesskapets forventninger. Dette medfører at personen blir utsatt for forskjellige former for diskriminering og begrenser den enkeltes utfoldelsesmuligheter (Goffman, 1975, s.17).

Stigmatisering kan medføre at personen blir oppmerksom på hva samfunnet oppfatter som svakheter og gir en opplevelse av å ikke leve opp til forventningene. Videre kan dette føre til en følelse av skam, selvhat og selvutarmelse (s.20). I sin bok definerer Corrigan (2018, s.52) *selvstigma* som en type stigma som oppstår når mennesker internaliserer fordommer og

diskriminering. Internalisering av stigma vil føre til nedsatt selvtillit og redusert følelse av mestring. Det å være åpen om sin psykiske sykdom kan bidra til å fremme en følelse av kontroll eget liv, bidra til redusert selvstigma og økt livskvalitet (s.78).

Stigmatisering kan ifølge Helsedirektoratet (2014, s.31) ha en negativ innvirkning på samfunnets holdninger og tjenesteutøverens vurdering av pasientens behandling- og tjenestebehov, i tillegg til å påvirke pasienten selv. Dette kan bidra til at pasientgrupper som er berørt av stigma ikke mottar tjenester på lik linje med andre pasient- og brukergrupper. I tillegg kan stigma ha en negativ innvirkning på relasjonen mellom pasient og tjenesteutøver, og være et hinder til brukermedvirkning.

2.4 Empowerment

Corrigan (2018, s.57) hevder at empowerment er det motsatte av selvstigma. Empowerment er ifølge WHO (u.å.) en prosess der personer oppnår større kontroll over faktorer og avgjørelser som påvirker livet deres. Begrepet kan ifølge Helsedirektoratet (2018) oversettes til blant annet myndiggjøring. Empowermentprosessen tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse. Sykepleieren skal understøtte disse ressursene, og fremme positivitet, håp og mestringsstrategier. Kontroll over eget liv ser ifølge Tveiten (2016, s.27) ut til å være et av hovedkomponentene til et godt liv. For å oppnå dette er en av forutsetningene bevissthet over egen situasjon, utvikle personlig kompetanse og definere behov, problemer og beslutninger som omhandler eget liv.

Empowerment i forbindelse med pasientopplæring handler om å involvere pasienten gjennom både dialog, medvirkning og ressursmobilisering (Askheim, 2011, s.72). Skårderud et al. (2013, s.177) hevder at arbeid med psykoedukasjon gjennom et mestrings- og empowermentperspektiv bygger på å løfte pasienter fra den tradisjonelle rollen som passiv mottaker til en aktiv bidragsyter. Det å omfordele makt fra fagfolk til bruker, og at brukeren er en deltager framfor en mottaker er sentrale prinsipper. I psykiatrien er tanken at pasienten skal få mer makt og større selvbestemmelsesrett i behandlingen (Lauveng, 2020, s.197). For å kunne samarbeide i behandlingen kreves det derfor at pasienten har adekvat kunnskap om lidelsen (Malt et al., 2020, s.253).

2.5 Psykoedukasjon

Skårderud et al. (2013, s.176) viser til det kjente sitatet “kunnskap er makt” (Francis Bacon, sitert i Skårderud et al., 2013, s.176), og hevder at kunnskap kan bidra til å gjøre det lettere å være bærer av en lidelse. Psykoedukasjon er en strukturert psykologisk behandlingsform som innebærer å gi informasjon til pasienten om lidelsen og sentrale tema rundt denne (Skårderud et al., 2013, s.351). Kunnskapsformidling har i sammenheng med psykoedukasjon og psykoedukativt arbeid blitt et terapeutisk rettet arbeid (s.176).

Målet med psykoedukasjon ved BT2 er at pasienten skal oppleve lengre perioder med normalt stemningsleie og oppnå best mulig funksjon mellom episodene (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg er det et formål å øke pasientens motivasjon til både å ta imot langvarig behandling og ta mest mulig kontroll over denne (Morken, 2012, s.307). Psykoedukasjon baserer seg på terapimøter hvor man går igjennom bestemte tema som inkluderer informasjon om sykdommen, årsaker, behandlingsprinsipper, forløp og tiltak man kan iverksette for å oppdage tidlige tegn på en ny sykdomsepisode. Sentralt i undervisningen er blant annet viktigheten av rusfrihet, god søvnhygiene, regelmessighet i arbeidslivet og unngåelse av store skippertak (Malt et al., 2020, s.259). Ambivalens vedrørende medikamenter er vanlig hos pasienter med bipolar lidelse. Informasjon om virkninger og bivirkninger er derfor en svært viktig del av behandlingen (Morken, 2012, s.308).

Videre i psykoedukasjonsprogrammet skal pasienten identifisere tidligere situasjoner som har ført til nye episoder og utarbeide en plan med tiltak for å unngå tilbakefall. Psykoedukasjon har vist effekt i forebygging av nye episoder ved BT2, i tillegg til å kunne redusere varigheten av depressive episoder. Faktorer som ser ut til å redusere effekten av psykoedukasjon er mange episoder før iverksatt intervensjon, høy komorbiditet og rusmiddelmissbruk (Malt et al., 2020, s.259).

2.5.1 Utførelsen av psykoedukativt arbeid i praksis

Psykoedukasjon kan foregå både gruppevis og individuelt (Malt et al., 2020, s.259).

Strukturert psykoedukasjon i grupper har vist best dokumentasjon av disse to. Men for enkelte er det utfordrende å organisere hverdagen for å kunne delta i grupper, mens andre ikke trives i grupper. Det er derfor nødvendig at behandlingen tilpasses den enkeltes behov og erfaringer (Morken, 2012, s.306-307). Før selve undervisningen kan sykepleieren utarbeide en plan,

gjærne skriftlig, sammen med pasienten eller pasientgruppen. Planen kan inkludere undervisningens hensikt, innhold og organisering (Tveiten, 2016, s.145).

Psykoedukasjon tilbys blant annet på døgnsesjoner ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) (Lovisenberg Diakonale Sykehus, 2020). DPS er en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevern og tilbyr behandling på poliklinikk, ambulante tjenester og som dagbehandling i tillegg til døgnsbehandling. Opplærings og veiledning er en av kjerneoppgavene på DPS, og hvor sykepleieren kan anvende sin virksomhet (Malt & Mykletun, 2020, s.32).

2.6 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon

Uansett hvilken type behandling, er den terapeutiske holdningen kjernen for å oppnå et stabilt fundament. Dette omhandler blant annet at sykepleieren viser respekt og varme ovenfor pasienten, samt en interesse og nysgjerrighet ovenfor vedkommendes situasjon og opplevelser (Skårderud et al., 2013, s.132). Et av sykepleierens ansvarsområder er undervisning og veiledning, som blant annet handler om å bidra til læring, utvikling og mestring (Kristoffersen et al., 2011, s.19). Tveiten (2016, s.194) hevder at for å oppnå god veiledning er evnen til å aktivt lytte, ha en åpen og lyttende holdning viktig for å kunne forstå andre menneskers situasjon og deres opplevelse av den (Kristoffersen, 2011, s.180). I gruppeterapi har sykepleieren mye ansvar som gruppeleder i en undervisning, blant annet å legge til rette for en god gruppeprosess og godt klima. Enkelte pasienter «har mye på hjertet» og kan ha potensiale til å dominere i gruppen. Dette kan det kreve en sterkere styring fra sykepleierens side. I tillegg kan det ved større grupper være behov for mer styring for å sørge for at alle får deltatt i samhandlingen, enn ved en liten gruppe (Tveiten, 2016, s.174).

Brukermedvirkningen og pasientens kunnskap om seg selv er i en helsepedagogisk sammenheng svært betydningsfullt (s.17). Hvis pasienten opplever at kunnskapen som formidles oppleves som betydningsfull, kan dette bidra til at pasienten i større grad kan engasjere seg i undervisningen. Det er derfor nødvendig å vurdere pasientens situasjon og behov når man legger til rette for undervisningen (s.143). Selv om det er viktig at fagpersonen har hovedansvaret for undervisningen, kan det å la pasienten delta i planleggingen bidra til økte pasientens motivasjon til å motta undervisning (s.146). Dersom planleggingen foregår i gruppe, kan avgjørelser blant annet tas på bakgrunn av flertallsavgjørelser eller enighet innad

i gruppa ut ifra argumenter (s.172). Pasientens motivasjon og evne til å tilegne seg kunnskap er også avhengig av pasientens tilstand. Eksempelvis kan motivasjonen for ny læring være liten dersom pasienten opplever sin situasjon som håpløs eller meningsløs (s.144).

Det skilles ofte mellom *teoretisk* og *praktisk kunnskap* i profesjonsteoretisk litteratur (Kristoffersen, 2011, s.176). Teoretisk kunnskap betraktes som generell allmennkunnskap, og kan kalles for faktakunnskap (s.169). Faktakunnskap er en forutsetning for profesjonell kompetanse og må tas i bruk på en kompetent måte. Dette gjøres ved at sykepleieren vurderer kunnskapens overførbarhet ut ifra konteksten, og kunnskapsformidling kan på den måten bidra til kompetanseutvikling (Skårderud et al., 2013, s.53). Praktisk kunnskap uttrykkes i handlinger, vurderinger, bedømmelser og skjønn. Dette opptrer ulikt avhengig av hvem som innehar den (Kristoffersen, 2011, s.176). Praktiske ferdigheter innen kommunikasjon og samhandling er spesielt viktig i sykepleie til hjelpetrengende pasienter (s.179).

2.7 Relevant lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Relevant lovverk til denne oppgaven omfatter blant annet pasient- og brukerrettighetsloven, herunder §3 rett til medvirkning og informasjon. Paragrafens første ledd viser til at pasienten har rett til å medvirke i gjennomføringen av de helse- og omsorgstjenester som mottas, og at det tjenestetilbudet om mulig skal utformes i samarbeid med pasienten (1999, §3-1). Tveiten (2016, s.145) hevder at å samarbeide med pasienten eller pasientgruppen om mål for undervisningen handler om å legge til rette for medvirkning. Pasientens rett på informasjon står i paragrafens andre ledd, som sier at «*pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen*» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Ifølge Aarre (2012, s.270) holder ikke minstekravet i loven om informasjonsarbeidet til pasienter BT2, og at det bør tilbys systematisk opplæring. §3-5 i pasient- og brukerrettighetsloven sier blant annet at informasjonen som gis skal være tilpasset den enkeltes individuelle forutsetninger (1999).

Andre relevante bestemmelser er helsepersonelloven som sier at sykepleier er pliktig til å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie (1999, §4). Rett til individuell plan gjelder de pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, som er lovfestet både i pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven (1999, §2-5; 1999, §4-1). Til slutt vil vi

vise til prioriteringsforskriften (2000, §2) hvor det står at livskvalitet er et akseptert mål for helsehjelp til pasienter.

Grunnlaget for all sykepleie er respekt for den enkeltes liv og verdighet, uavhengig av hvem som er mottaker. De yrkesetiske retningslinjene beskriver sykepleierens profesjonsetikk og hva god sykepleie innebærer (Brinchmann, 2016, s. 100). Punkt 1.7 beskriver sykepleierens ansvar for å erkjenne sine grenser for egen kompetanse og praktiserer innenfor disse, samt søke veiledning om det er behov. Punkt 2.2 sier at sykepleier skal understøtte pasientens håp, mestring og livsmot. Punkt 2.4 påpeker at sykepleier skal være bevisst i sin profesjonelle rolle, respektere pasientens integritet og ikke utnytte sårbarhet. Etter punkt 2.5 skal sykepleier gi pasienten muligheten til å ta selvstendige valg ved å tilpasse og tilrettelegge informasjon, samt sikre at denne er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019). I lys av valgt problemstillingen anser vi disse retningslinjene som relevante da de er svært viktige i forbindelse med sykepleierens arbeid med psykoedukasjon og pasientgruppen.

3 Metode

Metode defineres som en fremgangsmåte for å løse problemer, innhente data eller etterprøve eksisterende kunnskap (Dalland, 2017, s.51). Denne bacheloroppgaven ble utarbeidet som en litteræroppgave. Dalland definerer en litteræroppgave slik: «*en oppgave der det hentes data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori*» (Dalland, 2017, s.207). Besvarelsen bygger på relevant fag- og pensumlitteratur, vitenskapelige artikler, fagartikler, anerkjente tidsskrifter, yrkesetikk og lovverk.

I denne bacheloroppgaven har vi valgt både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Kjennetegn ved kvantitative metoder er breddekunnskap, som gir målbare enheter. Hensikten er å få frem det representative i studien. Kvalitative metoder kjennetegnes ved dybdekunnskap, det vil si at det er få undersøkelsesenheter som gir mye informasjon og opplysninger. Hensikten er å innhente kunnskap om menneskelige egenskaper, dynamiske prosesser og nyanser (Thidemann, 2019, s.75-76).

Videre i dette kapittelet beskrives søkeprosessen, søkehistorikken, øvrig faglitteratur, kildekritikk og etisk vurdering.

3.1 Litteratursøk

I søket etter relevante forskningsartikler valgte vi PubMed og Cinahl som database. PubMed er en gratisversjon av MEDLINE, verdens største database innen blant annet medisin og sykepleie (Nortvedt et al., 2012, s.53). Cinahl er en database som er utarbeidet for sykepleiefaglige og helsefaglige emner. Begge databasene inneholder hovedsakelig artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter (Thidemann, 2019, s.86). Dette gjorde søket etter forskningsartikler med et sykepleiefaglig perspektiv enklere. Vi foretok søk i databasen SveMed+ som dekker nordiske tidsskrifter innen medisin og helsefag. Men dette ga et svært begrenset utvalg av artikler og funn som ikke var relevant for valgt problemstilling.

Ved utvelgelse av forskningsartikler ble tittelen lest først for å få oversikt over innholdet. Videre leste vi abstraktet til de artiklene vi fant relevante for valgt problemstilling, før vi undersøkte om de enkelte artiklene foretok en IMRAD struktur. Avgjørelsen for å ta i bruk artikkelen eller ikke ble tatt på bakgrunn av i hvor stor grad den kunne bidra til å besvare den

valgte problemstilling. Under de første søkene så vi etter artikler som omhandlet både psykoedukasjon og bipolar lidelse da dette er hovedelementene i oppgaven. Søkeordene som blant annet ble anvendt var; «Bipolar disorder», «Psychoeducation», «Recurrence», og «Relapse Prevention». Etter flere søk endte vi opp med tre kvantitative artikler som omhandlet dette med ulike hensikter og perspektiver. Deretter ville vi ha med en artikkel som utdypet seg om pasientens erfaringer med bipolar lidelse, for å få frem pasientens perspektiv med tanke på hvordan lidelsen påvirker livskvaliteten og hva slags utfordringer de møter. Søkeordene; «Bipolar Disorder», «Quality of life», og «Qualitative studies» ble anvendt. Da fant vi en kvalitativ artikkel som tok for seg dette tema. Under samme søk fant vi en artikkel som undersøkte forholdet mellom pasienten med bipolar lidelse og sykepleieren som vi valgte å implementere for å utdype sykepleiers perspektiv. Senere i skriveprosessen ble det gjort et forsøk på å finne en kvalitativ artikkel som undersøkte pasienters erfaring med psykoedukasjon. Til slutt fant vi en systematisk oversiktsartikkel som evaluerte tidligere kvalitative studier, og som undersøkte individers erfaring med psykologisk baserte intervensjoner for bipolar lidelse. Søkeordene som ble anvendt var; «Bipolar Disorder», «Experiences», «Individual», «Psychotherapy».

Søkehistorikk:

Søkedato:	Søk nr:	Database:	Søkeord, kombinasjoner og eventuelle avgrensinger:	Antall treff:	Leste sammendrag:	Artikler inkludert:	Valgte artikler:
04.12.2020	1	Cinahl	S1: Bipolar disorder S2: Recurrence S3: Behavioral symptoms S4: Prodromes S1 AND S2 AND S3 AND S4 Peer Reviewed, 2010-2020, English	1	1	1	«Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: A cross-sectional study»
05.02.2021	2	Cinahl	S1: Bipolar disorder S2:	9	5	1	«Effectiveness of

			Psychoeducation S3: effectiveness S1 AND S2 AND S3 Peer Reviewed, 2011-2021, English				Psychoeducation in Reducing Internalized Stigmatization in Patients With Bipolar Disorder»
05.02.2021	3	PubMed	«Bipolar disorder» «Relapse prevention» «Psychoeducation» Review, 2011-2021, English	14	3	1	«Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trial»
25.02.2021	4	Cinahl	S1: «Bipolar disorder» S2: «Quality of life» S3: «Qualitative studies» S1 AND S2 AND S3 Peer reviewed, 2011-2021, English	13	4	2	«The Working Alliance Between Patients With Bipolar Disorder and The Nurse: Helpful and Obstructive Elements During a Depressive Episode from the Patients' Perspective» «The 'new normal': relativity of quality of life judgments in individuals with bipolar disorder—a qualitative study»
23.03.2021	5	Cinahl	S1: "Bipolar Disorder"	5	1	1	"Individual experiences

			S2: “Experiences” S3: “Individual” S4: “Psychotherapy” S1 AND S2 AND S3 AND S4 Peer reviewed, 2011-2021, English				of psychological-based interventions for bipolar disorder: A systematic review and thematic synthesis”
--	--	--	--	--	--	--	--

3.2 Inklusjonskriterier

Litteratursøkets inklusjonskriterier presenteres i tabell 2. Disse er valgt på bakgrunn av valgt problemstillingen, konteksten og avgrensingene for oppgaven. Søket ble ikke begrenset til noe bestemt kjønn da formålet med oppgaven er vurdere betydningen av psykoedukasjon for å fremme livskvalitet hos pasienter med BT2 på generelt grunnlag. Ved søk etter forskningsartikler fant vi fort ut av at det finnes lite forskning på pasienter med BT2 alene, derfor var et av kriteriene at BT2 pasienter deltok i studiene. Vi valgte å avgrense søket til de siste ti årene, for å redusere antall treff og for å sikre at forskningen skulle være relevant og av nyere tid. Det ble fastsatt at artiklene som ble anvendt skulle være fagfelleverderte artikler, som vil si artikler som er godkjent av eksperter (Dalland, 2017). I tillegg til de valgte kriteriene var det ønskelig at artiklene var fra vestlige land, for at funnene skulle være mest mulig knyttet opp mot det norske helsevesenet.

Tabell 2, Inklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Voksne over 18. • Inkluderer bipolar lidelse type II. • >10 år gamle artikler. • Fagfelleverderte artikler. • Språk: Norsk, svensk, dansk eller engelsk.

3.3 Øvrig faglitteratur

Bøker vi refererer til hyppigst er tilgjengelige i og hentet fra skolebiblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høgskole. Bøkenes relevans ble vurdert på bakgrunn av forfatteren, pensumlitteratur, og hva som var nyttig ut fra innholdet i lys av problemstillingen.

Gjennom oppgaven har vi forholdt oss til Næss' syn på livskvalitet (Næss, 2001). Hun har arbeidet i årevis både teoretisk og empirisk med livskvalitetsbegrepet (Kristoffersen, 2011, s.57). Da oppgaven vår ser på pasientens subjektive livskvalitet anså vi overføringsverdien av teorien hennes som stor. For å utdype teoridelen har vi supplert med fagstoff om bipolar lidelse og psykoedukasjon fra «Lærebok i psykiatri» (Malt et al., 2020). Boken dekker både utredning og behandling, og beskriver viktige praktiske tilnærminger for de vanligste psykiske lidelsenebasert på oppdatert kunnskapsgrunnlag. For å få frem sykepleierens undervisende og veiledende funksjon valgte vi boken av Tveiten «Helsepedagogikk». Hun gir et overordnet perspektiv på helsepedagogikk som innbefatter alt som har med utvikling, undervisning, veiledning, empowerment og pasientens kompetanse (Tveiten, 2016). I tillegg anvendte vi teori fra Kristoffersen et al. (2011), «Grunnleggende sykepleie, bind 1», som tar for seg sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar.

Vi ønsket å inkludere yrkesetikk og aktuelle lovverk for å illustrere sykepleierens ansvarsområder, og med hensyn til pasientens rettigheter og sykepleierens plikter. Dette er hentet fra lovdata.no, Norsk sykepleierforbund (2019) og boken «Etikk i sykepleie» av Brinchmann (2016). Statistikk og rapporter er hovedsakelig hentet fra Helsedirektoratet sine nettsider. Vi anså dette som en god kilde da Helsedirektoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og har et ansvar for den nasjonale helse- og omsorgsdepartementet, og har et ansvar for den nasjonale helse- og omsorgsdepartementet (Regjeringen, u.å).

3.4 Kildekritikk

3.4.1 Valg av forskningslitteratur

Under søkeprosessen har vi forholdt oss til databaser vi er kjent med, og anvendt søkeord vi vurderte som relevante. På bakgrunn av det har vi lest et begrenset antall forskningsartikler, og det kan derfor være at vi har gått glipp av viktige og relevante artikler. I arbeidet med søk etter artikler ble det forsøkt ulike kombinasjoner for å finne artikler som var mest aktuelle for denne oppgaven. De fleste studiene er gjennomført i andre vestlige land både i Europa og

andre verdensdeler, og alle er skrevet på engelsk. Den ene forskningsartikkelen er fra Tyrkia, og grunnet kulturelle forskjeller og organiseringen av helsevesenet kan reliabiliteten av denne studien diskuteres. Samtidig kan feiltolkninger ha oppstått underveis i oversettelsen av artiklene.

Alle artiklene er fagfellevurderte, bygget opp etter IMRAD strukturen, samt godkjent av regionale etiske komiteer. Valgte forskningsartikler inkluderer både gruppe og individuelle intervensjoner, men det er ikke en artikkel som kun fokuserer på individuell psykoedukasjon som er en svakhet i oppgaven. Til tross for at vi i utgangspunktet søkte etter forskning som ikke er eldre enn ti år, valgte vi likevel å inkludere studien utført av Goossens et al. (2010). For det første fant vi artikkelen i begynnelsen av søkeprosessen, som fant sted akkurat innenfor tidsmarginen vi hadde satt oss. For det andre vurderte vi at innholdet i forskningen fortsatt er relevant for oppgavens problemstilling. Vi stiller oss likevel kritisk til funnene på bakgrunn av årstallet. Forskningen utført av Cuhadar & Cam (2014) tar ikke for seg antall pasienter med BT2, men vi valgte å inkludere denne da studien omhandler stigma som er svært aktuelt hos denne pasientgruppen. Ettersom alle forskningsartiklene fokuserer for det meste på pasientens subjektive livskvalitet vil de objektive forholdene ikke bli trukket frem i like stor grad. Vi har i tillegg valgt å inkludere tre kvalitative studier. På bakgrunn av at de er kvalitative vil det sannsynligvis være få studieobjekter med, og dermed vil nok validiteten ikke være så stor ovenfor andre pasienter og resten av den vestlige verden. Vi har stilt oss kritisk til dette da en må være oppmerksom på at alle erfaringer og opplevelser er subjektive.

3.4.2 Valg av fagbøker og øvrig faglitteratur

Da vi konkluderte med at vi skulle anvende Næss sin teori om livskvalitet forsøkte vi å bruke den nyeste boken hennes «*Livskvalitet, forskning om det gode liv*» (2011). Men på grunn av vanskeligheter med å implementere teorien i besvarelsen, benyttet vi oss av rapporten «*Livskvalitet som psykisk velvære*» skrevet av Næss (2001) da denne var lettere å knytte opp til oppgaven vår. Oppgaven vår fokuserer, i likhet med Næss' teori, primært på de subjektive opplevelsene ved livskvalitet.

For å definere stigma benyttet vi oss av Goffman (1975). Til tross for at boken er fra 70-tallet anså vi dette som en god kilde da forfatteren er anerkjent for sin teori om stigma. Vi ønsket likevel å supplementere med nyere teori, og da falt valget på Corrigan (2018). Hans syn er

svært relevant da han tar for seg begrepene stigma og selvstigma, samt hans teori samsvarer med aktuelle funn i de øvrige artiklene. Etersom bøkene ikke er skrevet på norsk kan det ha oppstått feiltolkninger i oversettelsen.

3.5 Etisk vurdering

I denne oppgaven har vi tatt hensyn til etiske og juridiske aspekter for akademisk skriving i henhold til Lovisenberg diakonale høgskoles retningslinjer for oppgaveskriving (Forskrift om studier og eksamen ved LDH, 2019). Ved bruk av egenerfaring har vi overholdt taushetsplikten.

4 Presentasjon av forskningsartikler

4.1 Syntese

Her vil hovedfunnene oppsummeres. Øvrig detaljer om de ulike artiklene presenteres under i en artikkelmatrise.

Forskingen belyser pasientens perspektiv på psykoedukasjon, livskvalitet, og sykepleierens rolle. Flere funn viser til at psykoedukasjon øker pasientens kunnskap, som resulterte i både økt forståelse og anerkjennelse av lidelsen. Dette bidro til opplevelsen av økt kontroll som førte til at pasientene vurderte sin subjektive livskvalitet positivt. En kvantitativt studie så at psykoedukasjon reduserte risikoen for tilbakefall. Derav virket psykoedukasjon i gruppe å ha mest effekt på forebygging av tilbakefall. Likevel var det en kvantitativt studie som ikke fant noe korrelasjon mellom det å gjenkjenne symptomer og deltakelse i psykoedukasjon. Videre viste funn til viktigheten av sykepleierens praktiske kunnskaper og at undervisning er tilrettelagt etter pasientens behov.

4.2 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1.	P.J.J. Goossens, R.W. Kupka, T.A.A. Beentjes, & T. van Achterberg (2010)	Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: A crosssectional study	International Journal of Nursing Studies.	Hensikten i denne studien var å beskrive de første symptomene i et manisk eller depressiv tilbakefall, og utforske sammenhengen mellom evnen til å kjenne igjen symptomene på tilbakefall og de kliniske kjennetegnene til pasientene.	Kvantitativt tverrsnittstudie. 111 polikliniske pasienter med bipolar lidelse som var i en stabil fase deltok. Dataene ble hentet fra intervjuer med åpne spørsmål, og en spørreundersøkelse for demografiske og kliniske kjennetegn.	De første symptomene på tilbakefall i en (hypo-)mani var endring i energinivået, søvn, og sosial funksjon. Ved depresjon var de første symptomene forandring i tankene, stemningsleie, energinivå, sosial funksjon, og søvn. 44% av pasientene kjente ikke igjen varselssignaler på verken

						depresjon eller (hypo-)mani., og eller begge. Ingen sammenheng mellom evnen til å gjenkjenne symptomer på tilbakefall og deltakelse i psykoedukasjon.
2.	D. Çuhadar & M. Olcay Çam (2014)	Effectiveness of Psychoeducation in Reducing Internalized Stigmatization in Patients With Bipolar Disorder	Archives of Psychiatric Nursing	Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av et psykoedukasjonsprogram utarbeidet med formål å redusere selvstigmatisering hos pasienter diagnostisert med bipolar lidelse.	Kvantitativ RCT-studie (Kontrollert eksperimentell studie). 24 pasienter i intervensjonsgruppen og 23 pasienter i kontrollgruppen. Gruppebasert psykoedukasjon. Det ble brukt tre ulike målingsverktøy for å samle data om pasientene: (1) Individual Identification Form. (2) Internalized Stigmatization Scale of Mental Illnesses (ISSMI). (3) Bipolar Disorder Functioning Questionnaire (BDFQ).	Tydlig sammenheng mellom selvstigma og BDFQ score for bl.a. emosjonell og mental fungering, vennskapelige relasjoner, sosial deltagelse og ta initiativ. Nedgang i fremmedgjøring, aksept av stereotyper, opplevd diskriminering og sosial etter gjennomført psykoedukasjon. Psykoedukasjon kan redusere selvstigma hos pasienter med psykisk lidelse og øke livskvaliteten.
3.	K. Bond & I. M. Anderson (2015)	Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials.	Bipolar disorders, an International Journal of psychiatry and neuroscience	Hensikten med studie var å undersøke effekten av psykoedukasjon hos bipolare, for å forebygge tilbakefall og andre utfall, og identifisere faktorer som kan påvirke kliniske utfall.	Kvantitativ litteraturstudie av tidligere RCT-studier. 16 studier var inkludert. Inkluderte studier som utførte gruppe og individuell	Psykoedukasjon i gruppe virket å være effektiv i forebygging av tilbakefall. Mindre bevis ved individuell terapi. Forbedret

					psykoedukasjon, samt ble en studie utført over nett.	overholdelse av medisiner og kortsiktig kunnskap om medikamentene.
4.	E.E. Stegink, T.Y.G. van der Voort, T. van der Hoof, R. W. Kupka, P.J.J. Goossens, A.T.F. Beekman & B. Van Meijel (2015)	«The Working Alliance Between Patients With Bipolar Disorder and The Nurse: Helpful and Obstructive Elements During a Depressive Episode from the Patients' Perspective»	Archives of Psychiatric Nursing.	Hensikten med studien var å få bedre innsikt i pasientens erfaringer under bedring fra en depressiv episode vedrørende nyttige elementer og hindringer i arbeidsalliansen med sykepleier.	Kvalitativ studie. Data ble innhentet først gjennom telefon intervjuer, deretter intervjuer i hjemmet – semistrukturerte individuelle intervjuer. Intervjuene ble tatt opp, oversatt og deretter analysert. 14 deltakere, intervjuer x 1 time.	Tre hovedtemaer ble identifisert: (1) Viktigheten av at sykepleieren skaper et trygt og støttende miljø. (2) Sykepleieren sørger for å gi klarhet i forvirrende tanker og følelser i forbindelse med depresjonen. (3) Sykepleieren støtter pasienten i å begynne eller fortsette å være fysisk aktiv. Sykepleieren bør ha en fleksibel tilnærming, tilpasse sin adferd og støtte etter pasientens behov.
5.	E. Morton, E. Michalak, R. Hole, S. Buzwell, & G. Murray (2018)	«The 'new normal': relativity of quality of life judgments in individuals with bipolar disorder—a qualitative study»	Springer International Publishing AG.	Hensikten med studien var å undersøke hvordan mennesker med bipolar lidelse vurderer sin livskvalitet gjennom en egen styrt (Self management) intervensjon.	Kvalitativ studie. Tematisk analyse ble anvendt, samt benyttet både kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitativ metode; Semi strukturerte intervjuer ble utført, 43 deltakere, som har deltatt i en egenbehandling	Deltakerne erfarte at anerkjenning av lidelsen påvirket positivt på den subjektive vurderingen av livskvaliteten. De vurderte sin livskvalitet i assosiasjon med ulike

					<p>(eng. Self management) intervensjon for å fremme livskvaliteten med bipolar lidelse.</p> <p>Kvantitativ metode; gjennom en nettside, videoer, nettbaserte støtte grupper. Der fikk de informasjon om SM intervensjon og strategier relatert til livskvalitet med bipolar lidelse.</p>	<p>referansepunkter fra sine tidligere erfaringer, slik som sosial kontekst og forventninger til fremtiden.</p>
6.	<p>K. Davenport, G. Hardy, S. Tai, & W. Mansell (2019)</p>	<p>“Individual experiences of psychological-based interventions for bipolar disorder: A systematic review and thematic synthesis”</p>	<p>The British Psychological Society.</p>	<p>Hensikten med studien var å gjennomføre en tematisk analyse for å evaluere kvalitative studier som utforsker individers erfaringer med psykologisk basert behandlingsintervensjoner for bipolar lidelse.</p>	<p>Kvalitativ litteraturstudie og tematisk analyse av 10 kvalitative studier.</p> <p>10 studier inkluderte totalt 155 deltakere over 20 år.</p> <p>7 av 10 studier fokuserte på psykoedukasjon.</p> <p>6 gruppebaserte, 3 individuelle og 1 internettbasert.</p>	<p>Økt kunnskap om lidelsen, gjenkjenning av symptomer, økt kontroll over stemningsleie, endret perspektiv, humør stabilitet, økt empowerment, forbedret relasjoner og livsstil endringer.</p>

5 Diskusjon

I dette kapitlet drøfter vi begrepet livskvalitet knyttet til bipolar lidelse og psykoedukasjon. Videre trekker vi inn sykepleierens betydning i intervensjonen og drøfter hvilken betydning psykoedukasjon har for tilbakefall og selvstigma. Til slutt drøfter vi hvordan psykoedukasjon kan bidra til å fremme empowerment og medvirkning. Egne erfaringer vil bli trukket inn der det er relevant. Vi tar utgangspunkt i relevant teori og funn fra forskningsartiklene for å diskutere oppgavens følgende problemstilling:

«Hvilken betydning har psykoedukasjon for å fremme livskvalitet hos pasienter med bipolar lidelse type II?»

5.1 Den subjektive livskvaliteten i det psykoeduaktive arbeidet

Næss' (2001, s.14) definisjon av livskvalitet forholder seg til den enkeltes indre opplevelser, som innebærer å ha nærvær av positive og fravær av negative opplevelser. Funn fra studien til Cuhadar og Cam (2014, s.65) viser at negative tanker og følelser om seg selv førte til at pasienter blant annet lot være å søke jobb, avsluttet arbeidsforhold, avsto forlovelser og unngikk folkemengder. Basert på Næss' definisjon vil det være de negative opplevelsene pasientene beskriver som vil vurdere pasientens livskvalitet. Studien viser likevel til at det var de subjektive, negative opplevelsene om en selv som innvirket i pasientens handlinger. Handlingene beskrevet kan tenkes å blant annet virke inn på økonomi som følge av arbeidsledighet eller føre til ensomhet som følge av sosial unngåelse. Flere definisjoner av livskvalitet inkluderer objektive forhold i livet, slik som arbeids- og boforhold og fellesskap (Nes et al., 2018, s.8). Næss (2001, s.14) anerkjenner at den psykiske tilstanden er sensitiv for både gode og dårlige livshendelser, slik som vansker i relasjoner som kan redusere både selvtillit og glede. Det kan dermed tenkes at både subjektive og objektive forhold er aktuelt å belyse i arbeid med å fremme livskvalitet. Dog er ikke hensikten med psykoedukasjon å bedre objektive forhold i livet under terapitimene. Hensikten er heller å bidra til fremme pasientens kompetanse og mestring ved lidelsen (Skårderud et al., 2013, s.176). Dette kan derimot tenkes å *indirekte* bedre objektive forhold i et langsiktig perspektiv.

Hypomani kan oppleves negativt for pasienter med BT2 ved at de medfører økt irritabilitet og hensynsløs atferd, men det kan like fullt oppleves som en positiv periode da flere opplever økt

energi og velvære (Nysæter & Walig, 2016, s.130). Morton et al. (2018, s.1496) sin studie samsvarer med dette der to deltagere med BT2 opplevde deres livskvalitet som negativ når de ikke var i en hypomanisk fase. Den ene pasienten forteller; «[...] *I miss my manic stages, that was like a natural high. [...] But now it's like it took away all the ups... if this is normal I hate it. [...]*» (Morton et al., 2018, s.1496). Bipolare depressive episoder derimot har vist å påvirke pasientens fungering svært negativt (Stegink et al. (2015, s.292). Dette samsvarer med studien til Goossens et al. (2010, s.1206) der symptomene opplevdes som mer belastende. Sett i lys av Næss' (2001, s.14) definisjon av livskvalitet kan man derfor anta at den subjektive livstilfredsheten er lavere hos pasienter i en depressiv fase enn i en hypomanisk fase. Tradisjonelt sett fokuserer psykiatrien på å redusere pasientens psykiske plager, men med livskvalitet som målsetting er det ønskelig å vie oppmerksomhet mot pasientens positive opplevelser. Selv ved depresjon kan en i gitte omstendigheter oppleve mye glede (Næss, 2001, s.14). Det kan derfor tenkes at pasienten kan ha høy livskvalitet selv med flere utfordringer i hverdagen. Dette fokuset kan være betydningsfullt i arbeidet med å fremme den subjektive livskvaliteten gjennom psykoeduksjon.

Feilmålinger i livskvalitetsforskning

Som vist tidligere påpeker Næss (2001, s.57) at feilmålinger kan oppstå ved livskvalitetsforskning. Systemiske feil i livskvalitetsforskning kan påvirke målingenes validitet (s.55). Eksempelvis kan det oppstå misforståelser av ord eller rapporter om et gitt humør være en falsk rapport (s.57). Av den grunn bør validiteten av ulik forskning om livskvalitet vurderes på bakgrunn av metoden som er anvendt. For å vise til et eksempel benyttet studien til Morton et al. (2018) seg av et telefonintervju der deltakerne ble spurt om deres erfaringer med intervensjonen, og om den hadde innvirket på deres livskvalitet (s.1495). Fordi intervjuet foregår over telefon, kan intervjueren gå glipp av viktig informasjon, fordi intervjueren ikke kan se pasientens reaksjoner og uttrykk gjennom kroppsspråk og ansiktsmimikk. I tillegg kan pasienten velge å utelukke informasjon, gi falske rapporter om opplevelser eller misoppfatte ord dersom forbindelsen er dårlig. Likevel kan et intervju gi pasienten muligheten til å spørre om å få en utdypelse av spørsmål, og vil i enkelte tilfeller være et bedre alternativ enn selvutfyllingsskjemaer (Næss, 2001, s.58). Med tanke på psykoedukasjon kan dette være med på å påvirke resultatet av intervensjonen. Pasienten kan oppleve å få et annet syn på egen lidelse, men det betyr nødvendigvis ikke at livskvalitet økes. Alle kan for eksempel kjenne på en følelse av glede, men årsaken vil være ulik. Feilmålinger er dermed viktig å ta i betraktning i funnene til de resterende forskningsartiklene.

5.2 Sykepleierens betydning i psykoedukasjon

Teoretisk og praktisk kunnskap

Ifølge punkt 1.7 i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2019) har sykepleieren et ansvar i å erkjenne sine grenser for egen kompetanse og praktisere innenfor disse. Undervisningen og informasjonen som gis til pasientene bør komme fra sykepleiere som har den nødvendige kunnskapen og ekspertisen som skal til for å oppnå ønsket resultat. Dette samsvarer med sykepleierens plikt til å utøve faglig forsvarlig sykepleie (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Funn fra studien til Davenport et al. (2019, s.512) viser til betydningen av sykepleierens praktiske kunnskaper i undervisningen. Positive erfaringer ble rapportert når terapeuten opplevdes som snill, rolig og lyttende. Det resulterte i et trygt og avslappet miljø under intervensjonen. Dette kan tenkes å fremme læringsforutsetningene til pasientene når den enkelte opplever både omgivelsene og samhandling med sykepleieren som trygt. En annen gruppe fra samme studie opplevde derimot at deres terapeut hadde en uengasjert tilnærming og dårlige lederegenskaper (Davenport et al., 2019, s.512). Dette kan tenkes å være grunnet terapeutens mangel av praktiske kunnskaper, men det kan også være andre faktorer som har forårsaket eller hatt betydning for denne opplevelsen. Sykepleieren har som nevnt mye ansvar i rollen som gruppeleder i undervisningen. Dersom pasientene «har mye på hjertet» kan det kreve en sterkere styring fra sykepleierens side. Dessuten kan en stor gruppe være mer krevende å styre enn en liten gruppe (Tveiten, 2016, s.174). Av den grunn kan det tenkes at ved mer krevende eller større grupper, vil det være behov for minst to terapeuter som samarbeider om psykoedukasjonen. Ved å være flere med ansvar for undervisningen kan det i tillegg tenkes at det er lettere å være bevisst på hva pasienten sier og uttrykker, noe som er viktig i for å oppnå god veiledning (Tveiten, 2016, s.194). Dette kan bidra til at sykepleieren blir oppmerksom på pasientens behov og kan tilrettelegge underveis i undervisningen.

Pasientens tilstand og forventet utbytte av psykoedukasjon

Som tidligere nevnt vil depresjon preges av kraftig redusert tankehastigheten, og vansker med kommunikasjon og konsentrasjon (Ødegaard et al., 2012, s.67). Dersom pasienten er i en depressiv fase under undervisningen, kan det derfor tenkes at dette vil ha en negativ innvirkning for pasientens utbytte av psykoedukasjonen. Ifølge Malt et al. (2020, s.235) kontaktes helsevesenet sjelden på grunn av en oppstått hypomani. Derfor kan det antas at de fleste innleggelse er på bakgrunn av en depressiv episode. Hvis pasienten er innlagt på DPS

døgnavdeling grunnet en depresjon, kan det tenkes at sykepleieren bør vurdere pasientens tilstand før psykoedukasjon tilbys. Vurderingen bør tas på bakgrunn av at forventet utbytte av undervisningen bidrar til økt livskvalitet, som dessuten har hjemmel i loven (prioriteringsforskriften, 2000, §2). Dersom utbyttet antas å bli mindre enn ønsket, kan det være aktuelt at pasienten heller tilbys psykoedukasjon etter endt opphold, enten på poliklinikk eller dagbehandling.

5.3 Psykoedukasjonens betydning for forebygging av tilbakefall

Kartlegging av faktorer som bidrar til tilbakefall

Psykoedukasjon handler som nevnt om at pasienten selv skal identifisere situasjoner som tidligere har ført til nye tilbakefall (Malt et al, 2020, s.308). Pasienten bør i den forbindelse trene på å tidlig oppdage tegn på tilbakefall og kartlegge hendelser som har ført til tidligere episoder (s.259). Pasientene i studien til Goossens et al. (2010, s.1206) praktiserte dette gjennom å utarbeide en «livslinje» kombinert med strukturert psykoedukasjon. Dette viste derimot ingen effekt på å gjenkjenne symptomer på tilbakefall. Studien til Davenport et al. (2019, s.513) tok i bruk en slik livslinje med samme formål. Enkelte opplevde dette som nyttig da det økte forståelsen av tidligere episoder og trigger. Det resulterte i at de fikk større tro på at de ville være i stand til å håndtere fremtidige symptomer. Andre opplevde det som ubehagelig å tenke på tidligere episoder da de fryktet at dette ville trigge et nytt tilbakefall. På den ene siden kan funnene tyde på at å kartlegge tidligere episoder kan hjelpe enkelte pasienter med BT2 å se et mønster i hva som har forårsaket tilbakefall. På den andre siden kan det virke mot sin hensikt dersom denne arbeidsmetoden *forårsaker* nye episoder. Med andre ord kan dette tenkes å innvirke på pasientens livskvalitet.

Grad av oppfølging

Som vist tidligere kan det tyde på at symptomuttrykket ved depresjon ofte oppleves som mer belastende sammenlignet med hypomani (Goossens et al., 2010, s.1206). Malt et al. (2020, s.235) påpeker at funksjonsnivået ved hypomaniske episoder er relativt normalt, men depressive episoder er forbundet med redusert funksjonsnivå og livskvalitet (s.239). Det kan derfor tenkes å være betydningsfullt at psykoedukasjonen vier et større fokus mot forebygging av depressive tilbakefall. Bond og Anderson (2015 s.359) erfarte at psykoedukasjon hadde best effekt for reduksjon av depressive tilbakefall dersom antall terapitimer oversteg 20 timer eller mer. Funn fra forskningen til Stegink et al. (2015, s.292) belyser i tillegg at deltakerne

som var i en dyp depresjon var mer avhengig av sin sykepleier. På bakgrunn av disse funnene kan det antas at pasienter med BT2 som opplever mer uttalte depresjoner har behov for lenger oppfølging og flere timer med psykoedukasjon enn de med mildere depressive episoder.

Lære av erfaring kontra psykoedukasjon

Ifølge Malt et al. (2020, s.259) har psykoedukasjon vist effekt i forebygging av nye episoder ved BT2, i tillegg til å redusere varigheten av depressive episoder. Dette samsvarer med funn i studien til Bond og Anderson (2015, s.358) der pasienter erfarte at psykoedukasjon hadde en forebyggende effekt mot hypomaniske og depressive episoder. Derimot viste studien til Goossens et al. (2010, s.1206) at under halvparten av pasientene ikke klarte å identifisere tidlige tegn på verken (hypo-)mani eller depresjon etter gjennomgått psykoedukasjon. Det forekom en tydelig korrelasjon mellom antallet tidligere depressive episoder og evnen til å gjenkjenne symptomer på tilbakefall. På bakgrunn av disse funnene kan man argumentere at det å lære av erfaring hadde større nytteverdi enn lærdom fra forebyggende intervensjoner. Ut ifra dette kan det stilles spørsmål ved hvilken effekt psykoedukasjon har for forebygging av tilbakefall. Likevel er det viktig å vurdere hvor representative disse funnene er da det kun var 17% prosent av deltagerne i studien som enten tidligere hadde deltatt eller mottok psykoedukasjon. I tillegg er studien eldre enn ti år, noe som kan svekke studiens validitet. Videre kan det diskuteres i hvor stor grad disse funnene kan overføres til andre pasienter med BT2 som benytter psykoedukasjon.

5.4 Psykoedukasjonens betydning for å motvirke selvstigma

Som tidligere nevnt kan personer med en psykisk lidelse være utsatt for selvstigma, som er forbundet med redusert livskvalitet (Corrigan, 2018, s.52). Malt et al. (2020, s.252) hevder at depresjon ved BT2 lett kan bli kronifisert, som medfører en psykologisk og sosial belastning for pasienten. Selvstigma var nettopp en av de vanligste selvrapporterte symptomene ved bipolar depressiv episode ifølge studien til Stegink et al. (2015, s.292). I studien til Cuhadar og Cam (2014, s.65) fikk pasienter med bipolar lidelse dele sine erfaringer med selvstigma. Opplevelser som tristhet, sinne, ensomhet, manglende selvsikkerhet og håpløshet ble rapportert. Dette er alle negative opplevelser som ifølge Næss (2001, s.10) vil utgjøre lav livskvalitet. Basert på symptomuttrykket som forekommer ved depresjon og hypomani, kan man anta at livskvaliteten primært vil være lavere ved depressive episoder. Det bør nevnes at studien til Stegink et al. (2015, s.292) har inkludert flere pasienter med bipolar lidelse type I

enn type II, og det utfordrer funnenes overførbarhet til denne oppgaven. Likevel kan funn både fra denne artikkelen og teorien vise til at selvstigma er mest uttalt ved bipolare depressive episoder, noe som forekommer både hos type I og II. Et nyttig mål i behandlingen ved BT2 kan derfor være å redusere selvstigma, spesielt i sammenheng med depressive episoder.

Med formål om å redusere selvstigma hos pasienter med bipolar lidelse gjennom psykoedukasjon, inkluderte Cuhadar og Cam (2014, s.63) undervisningsmateriale om stigma og selvstigma. Validiteten av disse funnene må likevel vurderes, da studien ikke presiserer hvor mange av deltagerne som har diagnosen BT2. I tillegg har studien opphav fra Tyrkia, derav foreligger det kulturelle forskjeller samt mulig ulik praksis i helsetjenesten sammenlignet med Norge. Effekten av implementeringen av selvstigma i undervisningen ble vurdert gjennom å måle den subjektive opplevelsen av funksjonsnivå hos pasientene (Cuhadar og Cam, 2014, s.63). Pasienter som mottok undervisning om selvstigma, vurderte den totale opplevelsen av selvstigma som betydelig redusert, i tillegg til bedre fungering i hverdagen (s.65). Funns fra studien til Davenport et al. (2019, s.509) viste at undervisning i gruppe var særlig betydningsfullt, da det for enkelte var første gang de møtte andre med samme diagnose. I tillegg fikk pasientene muligheten til å dele følelser, tanker og erfaringer med andre med bipolar lidelse, som opplevdes trøstende. Corrigan (2018, s.78) hevder dessuten at det å være åpen om sin psykiske sykdom kan bidra til redusert selvstigma og økt livskvalitet. Disse funnene kan tyde på at å implementere informasjon om selvstigma i psykoedukasjonen kan være av gunstig verdi. Dog er stigma som tidligere nevnt mindre fremtredende ved bipolar lidelse sammenlignet med andre alvorlige psykiske lidelser (Haver, 2012, s.41). Det kan derfor tenkes at ikke alle pasienter med BT2 kjenner seg igjen i dette tema. Dersom en pasient ikke anser innholdet i undervisningen som betydningsfullt for sin situasjon, kan dette være uheldig for pasientens engasjement og utbytte av behandlingen. Forventet utbytte av helsehjelpen skal som nevnt være at den kan bidra til å øke pasientens livskvalitet (Prioriteringsforskriften, 2000, §2). Dersom det vurderes som at pasienten eller flertallet i gruppa ikke får særlig utbytte av enkelte tema, kan det vurderes å utelukke disse i undervisningen.

Stigmatiserende holdninger hos sykepleieren

Som redegjort for tidligere kan stigmatisering medføre at pasienten ikke mottar optimal behandling dersom dette opptrer hos tjenesteutøveren. Blant annet kan stigma ha en negativ innvirkning på relasjonen mellom sykepleier og pasient, og være til hinder for brukermedvirkning (Helsediraktoratet, 2014). Ifølge Goffman (1975, s.17) begrenser stigma og diskriminering den enkeltes utfoldelsesmuligheter. Som nevnt er den terapeutiske holdningen kjernen for et stabilt fundament i behandlingen (Skårderud et al, 2013, s.132). Dersom sykepleieren opptrer stigmatiserende kan man argumentere for at sykepleieren ikke har en god terapeutisk holdning. En stigmatiserende holdning strider dessuten mot punkt 2.4 i de yrkesetiske retningslinjene som blant annet sier at sykepleieren skal være bevisst sin profesjonelle rolle (Norsk sykepleierforbund, 2019). Funn fra Stegink et al. (2015, s.291) viste at en god relasjon mellom pasienten og sykepleieren var assosiert med redusert varighet av depressive episoder, færre selvmordstanker og bedre compliance. Trygge og støttende relasjoner kan dessuten være viktige faktorer som bidrar til et godt og selvstendig liv med BT2 (Lauveng, 2020, s.197). På bakgrunn av dette kan det tenkes at ved å være bevisst på egne holdninger og vurderinger, kan sykepleieren redusere risikoen for at pasienten opplever seg stigmatisert og dermed fremme livskvalitet.

5.5 Psykoedukasjonens betydning for å fremme empowerment

Økt kontroll og bevissthet over egen situasjon

Psykoedukasjon bygger som tidligere nevnt på et mestrings- og empowermentperspektiv (Skårderud et al, 2013, s.177). Som definert i teorien er empowerment en prosess der personer oppnår større kontroll over faktorer og avgjørelser som påvirker livet deres (WHO, 2006). Kontroll over eget liv synes ifølge Tveiten (2016, s.27) å være et av hovedkomponentene til et godt liv. Men fordi livet med BT2 kan oppleves som uforutsigbart og påføre flere funksjonsnedsettelse (Hummelvoll, 2016, s.224-225), kan det tenkes at det er utfordrende å oppnå en opplevelse av kontroll over eget liv ved BT2.

For å oppnå kontroll over eget liv forutsettes blant annet bevissthet over egen situasjon og utvikling av personlig kompetanse (Tveiten, 2016, s.27). Formålet med psykoedukasjon er nettopp det å øke pasientens motivasjon til å ta mest mulig kontroll over sykdomsforløp og behandling (Morken, 2012, s.307). Funn i studien til Davenport et al. (2019, s.511) viser til at deltagere opplevde økt bevissthet rundt triggere, varselsignaler og mestringsstrategier etter

psykoterapeutisk behandling. Dette førte til at de ikke lenger var avhengig av behandlingskoordinatorer, fordi de nå mestret disse selv. Studien til Morton et al. (2018, s.1497) viser til hvordan et nytt perspektiv på lidelsen og økt omsorg ovenfor seg selv var en påvirkelig faktor for deres subjektive vurdering av livskvalitet. Basert på disse funnene kan det tyde på at økt kontroll og en ny forståelse av lidelsen bidro til å øke pasientens motivasjon til å ta mer grep i sin situasjon. Dette kan igjen bidra til at pasienten oppnår høyere livskvalitet, da opplevelsen av kontroll i eget liv er assosiert både med et godt liv og empowerment (Tveiten, 2016, s.27; WHO, 2006). Likevel viser få av studiene den langsiktige effekten av undervisningen. Eksempelvis utførte Morton et al. (2018, s.1495) intervjuer kun tre til fire uker etter endt intervensjon. Om effektene av psykoedukasjonen har vedvart over tid eller om den kun har vært midlertidig sier studiene dermed ikke noe om.

Medvirkning

Som tidligere nevnt handler empowerment i forbindelse med pasientopplæring om å involvere pasienten gjennom blant annet medvirkning (Askheim, 2011, s.72). Muligheten til å medvirke i gjennomføringen av de helse- og omsorgstjenester en mottar er en lovfestet pasientrettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). At denne muligheten blir ivaretatt er noe sykepleieren må sørge for (Molven, 2016, s.161). Det å omfordele makt, eller kunnskap, bidrar til at pasienten går fra en tradisjonell, passiv mottaker til en aktiv bidragsyter (Skårderud et al., 2013, s.177).

Ifølge Davenport et al. (2019, s.518) kan et godt utgangspunkt for myndiggjøring av pasienten være å tilby ulike alternativer for utførelsen av intervensjonen. Eksempler på dette kan være at pasienten får tilbud om undervisning i gruppe, individuelt, over nett eller en kombinasjon av disse. Brukermidvirkning i denne sammenheng kan ivaretas ved at sykepleieren utarbeider en plan med pasienten eller pasientgruppen om undervisningens hensikt, innhold og organisering (Tveiten, 2016, s.145). Spørsmål som «Hva er viktig for deg?», kan også være et utgangspunkt for å finne ut av hva pasienten anser nyttig å lære mer om, og hvordan tjenesten kan tilrettelegges for å understøtte den enkeltes mål og ønsker (Helsedirektoratet, 2018). Dette viser til sentrale prinsipper i empowermentprosessen, nemlig å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse. På denne måten kan pasienten få mulighet til å belyse hvilke faktorer i tilværelsen som har en negativ innvirkning på deres livskvalitet.

Studien til Davenport et al. (2019, s.512) viste at negative erfaringer med undervisningen ble rapportert når terapeuten var mer fokusert på gjennomføringen av intervensjonen enn å møte gruppens behov. Funn fra studien til Stegink et al. (2015, s.295) viste til betydningen av at terapeuten hadde en fleksibel tilnærming og rettet sine handlinger mot pasientens individuelle behov under psykoedukasjon. Å tilpasse behandlingen etter den enkeltes individuelle forutsetninger er dessuten hjemlet i lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Ved å la pasienten delta i planleggingen for undervisningen kan man øke pasientens motivasjon til å motta undervisning (Tveiten, 2016, s.143). Dersom planen skal utarbeides i gruppe kan det av erfaring være utfordrende å møte alles ønsker og behov. Undervisningen bør likevel tilrettelegges så langt det lar seg gjøre. Å involvere enhver pasient i gruppen slik at alle føler seg sett og hørt i avgjørelsene kan tenkes å være nyttig. Avgjørelser kan blant annet tas på bakgrunn av flertallsavgjørelser eller argumenter som bidrar til enighet innad i gruppa (Tveiten, 2016, s.172).

Et formål i behandlingen av BT2 er som nevnt å øke pasientens motivasjon til både å ta imot langvarig behandling og ta mest mulig kontroll over denne (Morken, 2012, s.307). Dette aktualiserer pasientens rett til å få utarbeidet en individuell plan, som er rettet mot de med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-5; Psykisk helsevernloven, 1999, §4-1). I den forbindelse kan kunnskap om de tjenestetilbudene og behandlingalternativene som er tilgjengelige være nyttig. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Aarre (2012, s.270) hevder at informasjonsarbeidet til pasienter med bipolar lidelse bør gå langt over minstekravet enn det loven tilsier.

Psykoedukasjon er som nevnt en strukturert behandlingsform som innebærer å gi pasienten informasjon nettopp om ulike behandlingsprinsipper (Malt et al., 2020, s.259). På bakgrunn av dette kan det tenkes at psykoedukasjon bidrar til at pasientens valg av tjenester hviler på et solid grunnlag, samtidig som at sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2019). På denne måten kan sykepleieren fremme myndiggjøring ved at pasienten blir en aktiv deltager i behandlingen. Samtidig kan sykepleieren gjennom sin virksomhet i psykoedukasjon blant annet kan ha muligheten til å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, som står i punkt 2.2 i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2019)

6 Konklusjon

Denne oppgaven ser på hvilken betydning psykoedukasjon har for å fremme livskvalitet hos pasienter med BT2. Studier tyder på at psykoedukasjon kan være et viktig moment i behandlingen av BT2. Ved å arbeide i tråd med empowermentprosessen og legge til rette for medvirkning, økte dette pasientens motivasjon til å ta imot langvarig behandling. Gjennom psykoedukasjon fikk pasientene en bedre forståelse av lidelsen, som videre førte til opplevelsen av økt kontroll og fungering i hverdagen. Dette bidro dessuten til at pasienten opplevde positive vurderinger av sitt liv, som er assosiert med høy livskvalitet.

Psykoedukasjon har likevel ikke vist å ha like stort utbytte for enkelte og effekten synes å påvirkes av flere faktorer. Blant annet tyder det på at sykepleierens praktiske kunnskaper i undervisningen kan ha innvirkning på pasientens utbytte og opplevelse av psykoedukasjonen. I tillegg har en god relasjon mellom partene vist å redusere symptomer og bedre compliance. Videre har undervisning i gruppe vist best effekt, da det å møte andre med lignende erfaringer blant annet bidro til å normalisere deres situasjon og redusere selvstigma. Likevel passet gruppeterapi ikke for alle, noe som viser til viktigheten av å tilrettelegge undervisningen for den enkelte. Psykoedukativt arbeid bør rettes mot pasientens ønsker og behov, med mål om å fremme den subjektive livskvaliteten.

I dag finnes det lite forskning som kun omhandler BT2. Fordi statistikk viser at det er flere med denne lidelsen enn type I, kan det være aktuelt å vie ytterligere forskning om den subjektive livskvaliteten ved BT2 og psykoedukasjonens betydning for denne.

7 Referanseliste

Aarre, T. (2012). Behandling med lækjemiddel. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (s.267-301). Fagbokforlaget.

Askheim, O. P. (2011). Pasientopplæring og empowerment. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis* (s.71-86). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bond, K. & Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trial. *Bipolar disorders, an International journal of psychiatry and neurosciences*, 17(4), 349-362.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12287>

Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Gyldendal Akademisk.

Corrigan, P. W. (2018). *The Stigma Effect: Unintended Consequences of Mental Health Campaigns*. Columbia University Press.

Cuhadar, D. & Cam, M. O. (2014). Effectiveness of Psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.008>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Davenport, K., Hardy, G., Tai, S. & Mansell, W. (2019). Individual experiences of psychological-based interventions for bipolar disorder: A systematic review and thematic synthesis. *The British Psychological Society*. 92(4), 499-522.
<https://doi.org/10.1111/papt.12197>

Forskrift om studier og eksamen ved LDH. (2019). *Forskrift om studier og eksamen ved Lovisenberg diakonale høyskole (LDH)*. (FOR-2013-06-18-757). Hentet fra:
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-09-10-2305/KAPITTEL_6#§6-4

Goffman, E. (1975). *Stigma: om avvigerens sociale identitet*. Gyldendal.

Goossens, P. J. J., Kupka, R., W., Beentjes, T. A. A. & Achterberg, T. V. (2010). Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1201-1207.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.01.010>

Haver, B. (2012). Noen pasienthistorier. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser*, (s.23-41). Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar*. (IS-1925). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/bipolare-lidingar>

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne - Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (IS-2076).

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. (Rapport IS-2314).

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser>

Helsedirektoratet. (2018, 30. januar). *Ledere må legge til rette for myndiggjøre pasienter og brukere*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kristoffersen, N. J. (2011). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. Utg., s. 31-79). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. Utg., s. 161-206). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. Utg.). Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Lovisenberg Diakonale Sykehus. (2020, 30. mars). *Bipolar lidelse - psykologisk behandling, ved Seksjon døgn*. <https://lovisenbergpsykehus.no/behandlinger/bipolar-lidelse-psykologisk-behandling?sted=seksjon-dogn#les-mer-om-psykoedukasjon-i-gruppe-ved-bipolar-lidelse>

Malt, F. U., Morken, G., Ødegaard, K. J. & Andreassen O. A. (2020). Bipolare affektive lidelser. I O. A. Andreassen, U. F. Malt, E. A. Malt & I. Melle (Red.), *Lærebok i psykiatri: Basisversjon* (s. 231-262). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5.utg). Gyldendal Juridisk.

Morken, G. (2012). Psykoedukasjon og annen psykoterapi ved bipolare lidelser. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (s.303-316). Fagbokforlaget.

Morton, E., Michalak, E., Hole, R., Buzwell, S. & Murray, G. (2018). The ‘new normal’: relativity of quality of life judgments in individuals with bipolar disorder—a qualitative study. *Springer International Publishing AG*, 27(6), 1493-1500. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1811-x>

Nes, R. B., Hansen, T. & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet - Anbefalinger for et bedre målesystem*. (Rapport IS-2727). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem>

Nordeng, H. (2014) Grunnleggende kunnskap – hva er legemidler, og hvordan brukes de?. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2.utg., s. 24-65). Gyldendal akademisk.

Norsk sykepleierforbund (NSF). (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! en arbeidsbok*. (2. utg). Akribe.

Nysæter, T. E. & Walig, H.-J. (2016). Stemningslidelser. I R. Hagen & Kennair L. E. O. (Red.), *Psykiske lidelser* (s.122-141). Gyldendal Akademisk.

Næss, S. (Mastekaasa, A., Moum, T. & Sørensen, T). (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. (NOVA Rapport 3). <https://fagarkivet.oslomet.no/handle/20.500.12199/5152>

Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (2011). *Livskvalitet – forskning om det gode liv*. Fagbokforlaget.

Pasient-og-brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Prioriteringsforskriften. (2000). *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd* (FOR-2000-12-01-1208). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1208>

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Regjeringen. (u.å., 10. mars). Helsedirektoratet. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/etater-og-virksomheter-under-helse--og-omsorgsdepartementet/underliggende-etater/helsedirektoratet/id213297/>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2013). *Psykiatriboken: Sinn – kropp - samfunn*. Gyldendal Akademisk.

Stegink, E. E., van der Voort, T. Y. G., van der Hooft, T., Kupka, R. W., Goossens, P. J. J., Beekman, A. T. F. & van Meijel, B. (2015). The Working Alliance Between Patients With Bipolar Disorder and The Nurse: Helpful and Obstructive Elements During a Depressive Episode from the Patients' Perspective. *Archives of Psychiatric Nursing*. 29(5), 290-296.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.005>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (2.utg). Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.

World Health Organization (WHO). (2004). Prevention of mental disorders - Effective interventions and policy options. (Summary rapport ISBN 92 4 159215 x)
https://www.who.int/mental_health/publications/prevention_mh_2004/en/

World Health Organization (WHO). (u.å., 20. Mars). *Community empowerment*.
<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>

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