



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag

Annika Johansen og Linda Wæhler Bareksten

## 4BACH

# Å leve med to personer i en

Living with two persons in one

Veileder: Anna-Lena Westbye Pedersen  
Antall ord: 11 709

Bachelor i sykepleie, BASY 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

*Jeg har for lengst skrinlagt forestillingen om et liv uten stormer eller en verden uten tørre og ødeleggende årstider. Livet er alt for komplisert, altfor omskiftelig, til å være noe annet enn det det er. Om jeg er fra naturens side altfor full av liv til å være noe annet enn ytterst skeptisk ovenfor det dypt naturstridige ved ethvert forsøk på å utøve altfor streng kontroll over krefter som i det alt vesentlige er ukontrollerbare. Det vil alltid eksistere drivende, foruroligende elementer, og som Lowell uttrykker det, de vil være der til uret er fjernes fra håndledet. Det er til syvende og sist de enkelte øyeblikkene med rastløshet, med tristhet, med sterke overbevisninger og absurde begeistringene som belyser livet, endrer arbeidets karakter og retning og gir den endelige meningen og fargen til kjærlighet og vennskap.*

*Kay Redfield Jamison (1995)*

## Sammendrag

**Norsk tittel:** «Å leve med to personer i en»

**Engelsk tittel:** «Living with two persons in one»

**Hensikt:** Å få økte kunnskaper om hva pårørende innen psykiatrien har behov for og hvordan vi som sykepleier kan møte dem på en best mulig måte. Samtidig håper vi at oppgaven kan bidra til et økt fokus på pårørende i psykiatrien og viktigheten av at de også blir delaktige og ivaretatt.

**Problemstilling:** «Hvordan kan sykepleieren møte pårørende til en pasient med bipolar lidelse? »

**Metode:** Bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Oppgaven bygges på pensumlitteratur i tillegg til selvvalgt litteratur, nasjonal og internasjonal forskning.

**Teori:** I teorien presenterer vi teori vi anser som relevant for å kunne svare på vår problemstilling. Teorien tar for seg Joyce Travelbee's sykepleieteori, som menneske-til-menneske-forhold, kommunikasjon, det første møtet og samtalen, teori om bipolar lidelse og den maniske og den depressive fasen.

**Resultater:** Pårørende innen psykiatrien føler seg lite sett, hørt og ivaretatt av helsepersonell. Det er blitt noe bedring de siste årene, men pårørende innen psykiatrien føler fortsatt de må kjempe for å få sagt sitt. I dagens samfunn er det blitt slik at de syke skrives ut til hjemmet tidligere, og dermed sykere, enn før. Dette setter et økt press og gir en større omsorgsjobb for de pårørende. Gjennom oppgaven trekker vi frem utfordringer ektefellen til en person med bipolar lidelse kan møte på, og hvordan sykepleieren kan møte og støtte denne pårørende.

**Konklusjon:** For å kunne møte pårørende innen psykiatrien på en best mulig måte, trenger sykepleieren gode kommunikasjonsferdigheter i tillegg til kompetanse innen faget. Det første møtet med pårørende er viktig, og legger det videre grunnlaget for relasjonsbyggingen og en eventuell tillit og trygghet til sykepleieren. Pårørende trenger å få informasjon om muligheten til å snakke og få hjelp, opplæring og støtte. Dette kan være med på å forebygge psykiske og somatiske lidelser hos de pårørende.

---

# Innhold

|                                                          |       |
|----------------------------------------------------------|-------|
| 1. INNLEDNING.....                                       | s.    |
| 6                                                        |       |
| 1.1 Problemstilling.....                                 | s. 6  |
| 1.2 Avgrensning av oppgaven.....                         | s.    |
| 6                                                        |       |
| 1.3 Formålet med oppgaven.....                           | s.    |
| 7                                                        |       |
| 1.4 Begrepsavklaring.....                                | s.    |
| 7                                                        |       |
| 1.4.1 Pasient.....                                       | s.    |
| 7                                                        |       |
| 1.4.2 Pårørende.....                                     | s.    |
| 7                                                        |       |
| 1.4.3 Sykepleie.....                                     | s. 8  |
| 1.5 Case.....                                            | s. 8  |
| 1.6 Etisk vurdering av case.....                         | s.    |
| 9                                                        |       |
| 1.7 Oppgavens disposisjon.....                           | s.    |
| 9                                                        |       |
| 2. METODE.....                                           | s. 10 |
| 2.1 Litteratursøk og søkehistorikk.....                  | s.    |
| 10                                                       |       |
| 2.2 Presentasjon av forskningsartiklene.....             | s.    |
| 10                                                       |       |
| 2.3 Kildekritikk.....                                    | s. 12 |
| 3. SYKEPLEIETEORI.....                                   | s.    |
| 14                                                       |       |
| 3.1 Hva er sykepleie?.....                               | s.    |
| 14                                                       |       |
| 3.2 Begrepet pasient.....                                | s. 14 |
| 3.3 Joyce Travelbee's menneske-til-menneske-forhold..... | s.    |
| 15                                                       |       |

---

|                                                                    |       |
|--------------------------------------------------------------------|-------|
| 3.4 Kommunikasjon.....                                             | s. 16 |
| 3.5 Det første møtet og samtalen.....                              | s.    |
| 17                                                                 |       |
| 4. TEORIDEL.....                                                   | s. 19 |
| 4.1 Hva er bipolar lidelse?.....                                   | s.    |
| 19                                                                 |       |
| 4.1.1 Det bipolare spektrum.....                                   | s.    |
| 20                                                                 |       |
| 4.1.2 Mani.....                                                    | s.    |
| 21                                                                 |       |
| 4.1.3 Depresjon.....                                               | s.    |
| 23                                                                 |       |
| 4.2 Pårørende.....                                                 | s.    |
| 25                                                                 |       |
| 5. DRØFTING.....                                                   | s.    |
| 27                                                                 |       |
| 5.1 Dørstokkmila – det første møtet.....                           | s.    |
| 27                                                                 |       |
| 5.2 Å bli trygge på hverandre - Empati, sympati og medfølelse..... | s.    |
| 30                                                                 |       |
| 5.3 Sammen mot målet - Gjensidig forståelse og kontakt.....        | s.    |
| 33                                                                 |       |
| 6. KONKLUSJON.....                                                 | s. 37 |

Litteraturliste

Vedlegg 1. Søkehistorikk

# 1. Innledning

Da vi skulle velge tema for bacheloroppgaven vår falt valget på pårørende innen psykiatrien. Dette fordi vi begge har en interesse for faget psykiatri, og at vi gjennom vår psykiatri praksis ofte opplevde at de pårørende ble satt i skyggen av pasientene. Dette understøttes med en artikkel vi fant på Mental helse sine nettsider, der det står at de pårørende føler at de får liten støtte av helsepersonell (2014). Dette gjelder særlig etter utskrivelse, og ved tilbakekomst til hjemmet. Foredragsholderen har referert til en sykepleiers uttalelse «Av alle oppgaver vi skal rekke står de pårørende bakerst» (Mental helse Molde, 2014). Som fremtidige sykepleiere ønsker vi å øke fokuset og være med på å styrke de pårørende innen psykiatrien. I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på pårørende til en person med bipolar lidelse type 1.

## 1.1 Problemstilling

Vi tar for oss følgende problemstilling i oppgaven: Hvordan kan sykepleieren møte pårørende til en pasient med bipolar lidelse?

## 1.2 Avgrensning av oppgave

I forkant av oppgaven bestemte vi oss for at vi vil lære mer om møtet med pårørende til personer med psykisk lidelse og den psykisk syke. Som pårørende til personer med psykisk lidelse utsettes man ofte for store belastninger og har et stort ansvar ovenfor den syke. Pårørende har også tradisjonelt vært lite involvert og ivaretatt i psykiske helsetjenester (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Derfor har vi valgt å avgrense oppgaven og problemstillingen vår ved å sette fokuset mot den pårørende til en person med bipolar lidelse. Vi vil konsentrere oss om møtet med pårørende og hvordan vi kan bygge tillitt og gjensidig forståelse mellom sykepleieren og pårørende.

I dette tilfellet er pårørende ektefelle, og det er dette vi forholder oss til gjennom oppgaven. Vi har avgrenset oppgaven videre med at vi presenterer et case, hvor det beskrives hvordan den pårørende kan oppleve det når personen med bipolar lidelse er i en manisk fase. Vi har valgt å gå ut ifra at pårørende selv tar kontakt med psykiatrisk team i kommunen, og har et ønske om informasjon og veiledning.

## 1.3 Formålet med oppgaven

Vårt ønske med å skrive denne oppgaven er at man setter økt fokus på de utfordringene pårørende til psykisk syke møter i hverdagen. Ut av sidene til en av Norges største brukerorganisasjoner, Mental helse, ser vi at behovet for mer midler til psykisk helsevern er nødvendig (Pound, 2014). Vi ønsker at det offentlige setter inn større ressurser for tilrettelegging og opplæring av pårørende. På denne måten håper vi å gjøre pårørende i stand til å takle hverdagens utfordringer på en tilfredsstillende måte. Økt kunnskap blant de pårørende om psykiske lidelser, samt økt kunnskap om det å være pårørende blant helsepersonell, mener vi vil skape en bedre hverdag for de pårørende til psykisk syke.

## 1.4 Begrepsavklaring

Viktige begreper i vår problemstilling er pasient, pårørende og sykepleie. Begreper som ikke defineres eller avklares her, avklares underveis i oppgaven.

### 1.4.1 Pasient

Den som etter pasient- og brukerrettighetslovens § 1-3 a, henvender seg eller tilbys helsehjelp. Ved helsehjelp menes etter pasientrettighetslovens § 1-3 c, handlinger som har helsebevarende, forbyggende, diagnostisk, rehabiliterende, behandlende eller pleie- og omsorgs- formål som er utført av helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

### 1.4.2 Pårørende

Er etter pasient- og brukerrettighetslovens §1-3 b, den pasienten selv har oppgitt som nærmeste pårørende og pårørende. Dersom pasienten ikke er i stand til å oppgi pårørende er det den som har mest kontakt med vedkommende som skal inntre som nærmeste pårørende. Likevel skal det velges ut fra en bestemt rekkefølge; Ektefelle, partner, samboer, barn over 18 år, foreldre eller andre foresatte, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### 1.4.3 Sykepleie

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringen med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2014, s.29).

## 1.5 Case

Marit er gift med Gunnar, begge er i slutten av tyveårene og har vært sammen i 6 år. Hun jobber fulltid som markedsføringsleder i en mellomstor bedrift og har et relativt stort arbeidspress på jobb. Gunnar på sin side jobber som snekker i et lokalt firma, og er i full jobb i periodene han er i mellom de maniske og depressive fasene. Han blir beskrevet som en god venn, med mye humor og han er godt likt i vennekretsen. De har ingen barn, men syns at tiden snart er inne for å stifte familie.

Da Gunnar var 21 år fikk han diagnosen bipolar lidelse type 1, men er godt medisinert. Til tross for det, er det i perioder en utfordring å leve sammen med han, da han tidvis ikke responderer like godt på medisinene. I de maniske periodene har han en tendens til å beskyldes Marit for å være utro, og er selv veldig motorisk urolig og har et økt seksuelt behov. I tillegg har han storhetstanker som tilsier at han ikke har behov for å ha Marit i livet sitt, og at han kan klare seg fint uten henne, blant annet gjør han seksuelle fremstøt mot andre kvinner. Når Marit forsøker å snakke med han, blir hun hele tiden avbrutt og det er vanskelig for henne å følge tankegangen til Gunnar. Marit opplever det som vanskelig og urimelig at hun må tilpasse seg hans behov, og å hele tiden måtte forsvare seg ovenfor hans beskyldninger, hun føler seg også overvåket av han i disse periodene. Det oppleves sårende når han sier hun lett kan erstattes og at han kan klare seg selv. Han uttrykker det ovenfor henne både i taleform, på mail og på tekstmeldinger. Han på sin side mener at han kan bevise at hans påstander er riktig.

Nå tar Marit kontakt med psykiatrisk team i sin hjemkommune, da hun føler at hun ikke har fått god nok rådgivning og opplysninger om hans sykdomstilstand. Hun ønsker hjelp til å få kunnskaper om hvordan hun skal takle de maniske periodene, da hun opplever at de er tyngre for forholdet enn de depressive periodene. I møtet med helsepersonell tidligere har hun følt at hun ikke har blitt sett og hørt. Hun har derfor allerede før første møtet dannet seg



et inntrykk av hvordan hun vil bli møtt av sykepleieren fra psykiatrisk team. Til det første møtet har sykepleieren satt av en time til samtale. I den første samtalen ser sykepleieren at det er behov for videre oppfølging av Marit, og de avtaler flere møter i slutten av det første møtet.

## 1.6 Etisk vurdering av case og oppgave

Da vi lagde case tok vi utgangspunkt i situasjoner som vi har erfaringer med kan oppstå i et forhold hvor den ene har bipolar lidelse. Kunnskapene om dette har vi fått gjennom praksis og også ved at vi har flere bekjente med lignede type problematikk. Det er også godt beskrevet i faglitteraturen. Vi har vurdert innholdet i caset opp mot at vi ikke bryter § 21 i helsepersonelloven, (1999) som omhandler helsepersonells taushetsplikt. Vi mener at det ikke er noen mulighet for at dette kan virke støtende og gjenkjennende på enkeltpersoner, da det er fiktivt, både situasjoner og personer. Praksiseksempler som brukes gjennom oppgaven er ikke gjenkjennbare, og er anonymisert til den grad at det oppfyller helsepersonellovens § 21 (1999).

## 1.7 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygd opp i seks kapitler, og videre oppbygging av oppgaven blir som følgende:

I kapittel 2 beskriver vi metoden og fremgangsmåten for hvordan vi har jobbet for å finne svar på vår problemstilling. Her vil vi blant annet presentere vurdering av forskning og litteratur og søkehistorikk.

I kapittel 3 og 4, som er teorikapitlene, vil vi skrive om bipolar lidelse, den maniske fasen og den depressive fasen, pårørende, Joyce Travelbee's menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon.

I 5. kapittel vil vi drøfte den anvendte teorien opp mot caset og møtet mellom sykepleieren og den pårørende. Til slutt i kapittel 6 kommer en oppsummering, refleksjon og konklusjon av drøftingen.

## 2. Metode

Metode er det som hjelper oss til å samle inn den informasjonen vi trenger for å løse oppgaven vår (Dalland, 2014). I dette kapittelet vil vi beskrive hvordan vi har gått frem for å finne litteratur og forskning som kan hjelpe oss på veien til en konklusjon. I tillegg vil vi vise hvordan vi har vært kritiske til kilder vi har kommet over og også til de vi har brukt.

### 2.1 Litteratursøk og søkehistorikk

Når vi har valgt litteratur til oppgaven har vi ved siden av å bruke relevant pensumlitteratur, aktivt søkt etter bøker og artikler i høgskolens database, BIBSYS. For å finne relevante forskningsartikler til vår oppgave valgte vi å søke gjennom databasene PubMed, Google Scholar, Idunn, SveMed+ og sykepleien.no. Før å få tilgang til fulltekst i de forskjellige databasene logget vi inn via høgskolens sider. På grunn av ulike resultater i de forskjellige databasene valgte vi til slutt å hovedsakelig forholde oss til PubMed. Vi har brukt forskjellige sammensetninger av relevante MeSH ord vi så på som aktuelle søkeord for å kunne drøfte vår problemstilling. Søkeordene vi har brukt for å finne forskning er som følger: «bipolar», «marriage», «bipolar disorder», «family», «family functionality», «bipolar lidelse», «ekteskap», «partner», «nurse», «nursing», «sykepleie», «communication», «relatives», «samliv», «parforhold» «caregiver» og «burden». Søkehistorikk er lagt med som vedlegg 1.

For å velge ut aktuelle artikler valgte vi ut i fra overskrifter som fanget interessen og de som ikke var eldre enn fem år. Artikler som vi så som interessante leste vi sammendragene på, og valgte ut i fra det noen få vi leste i fulltekst. Til slutt endte vi med fire artikler vi fant som relevante til vår problemstilling.

### 2.2 Presentasjon av forskningsartikler

Kort presentasjon av de fire forskningsartiklene vi har valgt å bruke i vår oppgave:

*“Uten oss går det ikke” – pårørendes erfaringer med psykisk helse* (Borg, Haugård & Karlsson, 2012).

---

Dette er en norsk studie som har en utforskende, beskrivende og kvalitativt utforming. Studien har brukt en flerstegsfokusgruppe hvor gruppen består av medlemmer i Landsforeningen for pårørende innen psykiatri. I tillegg har en av forskerne i studien egen erfaring som pårørende innen psykiatrien. Resultatet av studien viser at de pårørende innen psykiatrien ønsker å bli møtt med respekt og gjensidig tillit fra tjenesteapparatet, og at de ønsker veiledning og råd om hvordan de kan være til hjelp.

***Spousal burden in partners of patients with major depressive disorder and bipolar disorder*** (Borowiecka-Karpiuk, Dudek, Siwek & Jaeschke, 2014).

Dette er en polsk, kvantitativ studie fra 2014. Data ble innhentet ved strukturert, klinisk intervju av 60 par hvor en av dem har alvorlig depressiv lidelse og 65 par hvor en av dem har bipolar lidelse. Studien konkluderer med at partneren/ektefellen til personer med affektive lidelser, som bipolar lidelse, bør få opplæring i hvordan de skal mestre lidelsen til familiemedlemmet. I tillegg bør ektefellen bli opplært i problem løsende metoder. På denne måten kan ektefellens påkjennelse reduseres.

***Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder*** (Cuhadar, Savas, Ünal & Gökpmar, 2014).

Dette er en kvantitativ studie gjennomført av tyrkiske forskere utgitt i Springer Science+Business Media New York 2014. Studien ble gjennomført ved spørreskjemaer og intervjuer av 81 pasienter diagnostisert med bipolar lidelse, som har vært i remisjon i minst 3 måneder. Denne studien viser at utfordringer i familien til personer med bipolar lidelse fortsetter til tross for at pasienten er i bedring. Opplæring og trening av familiene, i tillegg til støttegrupper, kan hjelpe familiene til å fungere bedre sammen ved at det øker mestringsevnen og den problem løsende evnen til pasienten, samt styrker det viktigste støttesystemet til pasienten. Studien viser til at det er viktig at familien til pasienten med bipolar lidelse også får være med i intervensjoner som omhandler denne pasientgruppen. I tillegg konkluderer studien med at opplæring til pårørende bør inkluderes i planleggingen av utskrivelse av pasienten.

*Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review* (Steel, Maruyama & Galynker, 2009).

Dette er en amerikansk, kvantitativ studie utgitt i 2009. Studien konkluderer med at de som yter omsorg til pasienter med bipolar lidelse, selv kan få psykiske symptomer. Disse symptomene kan for eksempel være depresjon, angst og økt behov for hjelp fra psykiatrisk helsepersonell.

*Bipolar disorder: Etiology, diagnosis, and management* (Miller, 2006).

Dette er en kvantitativ, amerikansk studie fra 2006. Studien resulterer med at bipolar lidelse kan påvirke både det kognitive og oppførsel, noe som kan lage utfordringer for pasienten og dens pårørende. Videre viser studien til at ofte sent stilt diagnose av denne lidelsen kan føre til stor frustrasjon for pasienten.

## 2.3 Kildekritikk

Da vi lette etter litteratur fant vi mye som kunne være relevant. For å kunne vurdere om kildene vi har tatt i bruk er pålitelige og sanne, har vi kritisk sett gjennom all litteratur, artikler og forskning vi har funnet (Dalland, 2014).

I starten fant vi mange bøker vi tenkte var relevante, men etter å ha lest lett igjennom dem, fant vi ut at mye var gammelt og utdatert, både i forhold til begreper og til behandlingsmetoder. Mange av de eldre bøkene omhandlet heller ikke pårørende, som er vårt hovedfokus i oppgaven. Vi sorterte litteraturen vi fant ut i fra årstall, og har hovedsakelig brukt nyere litteratur i vår oppgave.

En av bøkene vi fant og som er blitt mye brukt i oppgaven, er en bok av norske forfattere som har jobbet mange år innen faget og har en utrolig kompetanse og erfaring. Flere av de jobber eller har erfaring fra forskning innen faget. I tillegg har pasienter og pårørende bidratt i boken med sine historier. Boken heter Bipolare lidelser, og beskriver alle aspektene ved å ha en bipolar lidelse. Den er laget som en bok for helsepersonell som jobber med faget til

---

daglig, og det er første gangen en slik bok foreligger på norsk. Denne boken ga oss mange gode svar vi lette etter i vår oppgave.

Vi har hovedsakelig tatt i bruk primærlitteratur i oppgaven, som er hva vi ser på som de mest pålitelige kilder. Selvvalgt litteratur har vi funnet gjennom biblioteket til høgskolen, bortsett fra en bok, Joyce Travelbee's Mellommenneskelige forhold i sykepleie, som allerede var utlånt. Denne boken fikk vi bestilt gjennom folkebiblioteket i kommunen vi bor i, noe som tok litt lengre tid da boken var utlånt i mange av bibliotekene i nærområdet. Elektroniske kilder har forfattere vi ser på som pålitelige, og vi har blant annet søkt opp forfatterne dersom vi ikke kjente til navnene fra før. I litteraturen har vi opplevd at pårørendesituasjonen er lite beskrevet, og har derfor også søkt etter veiledere og organisasjoner for pårørende innen psykiatrien. Organisasjoner som er blitt brukt som kilder, som Mental helse, mener vi er troverdige, da dette er en stor organisasjon som har vært i drift lenge.

For å finne forskningsartikler laget vi på forhånd noen kriterier for å avgrense søkene. Forskingen som vi har valgt å bruke ble avgrenset til å ikke være eldre enn fem år. Vi bestemte oss for at forskningen hovedsakelig skulle fokusere på den pårørende til en person med bipolar lidelse og dens utfordringer. Vi har likevel valgt å ta med to forskningsartikler som er eldre enn fem år. En som fokuserer på den bipolare og epidemiologien rundt lidelsen. Og en som fokuserer på de som har omsorg for den psykisk syke. Dette fordi vi mener de er relevante for å vite hvordan lidelsen kan vises hos personen med bipolar lidelse og utfordringene de pårørende møter.

I forkant av forskningsprosessen brukte vi god tid på å finne frem til gode og aktuelle MeSH-termer, noe vi senere ser har spart oss for mye tid. Av forskningsartiklene vi fant, er det fem vi har valgt å ta i bruk i vår oppgave. En norsk, to amerikanske, en med tyrkiske forskere som er utgitt i New York og en polsk. Disse artiklene føler vi er overførbare til norske forhold da de blant annet går ut på hva pårørende og personen med bipolar lidelse møter av utfordringer. Utfordringene mener vi vil være mye av de samme for pårørende som lever med en person diagnostisert med bipolar lidelse, uavhengig om de bor i Norge, Polen, USA eller Tyrkia.

Databasene vi har brukt for å søke etter forskning er helsefaglige databaser, og vi har logget på gjennom høgskolen for å få tilgang til artiklene i fulltekst. Tidsskriftene vi har funnet tre av de fire forskningsartiklene i, er anerkjente tidsskrifter vi kjenner til fra før. Den fjerde er

utgitt i et polsk tidsskrift som vi ikke kjenner til. Denne har vi likevel valgt å ta med i oppgaven, da vi mener den er relevant for vår problemstilling. Vi synes det var vanskelig å finne nyere, oppdatert forskning som hovedsakelig fokuserte på pårørende innen psykiatrien, spesielt norsk forskning.

### 3. Sykepleieteori

Vi har i vår oppgave valgt å bruke Joyce Travelbee's sykepleieteori om mellommenneskelige forhold og hvordan man etablerer et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee velger bevisst å ikke bruke termen sykepleier-pasient da hun mener at en sykepleier og en pasient ikke vil klare å se hverandre som et unikt individ. Når de ikke klarer å se hverandre som et unikt individ vil man heller ikke kunne nå frem til hverandre. Hun bruker istedenfor pasient «den syke», «den andre» eller «individet» (Travelbee, 2014).

#### 3.1 Hva er sykepleie?

I følge Travelbee (2014) er sykepleie en prosess hvor den profesjonelle sykepleieren hjelper en enkelt person, pårørende eller et samfunn. Denne hjelpen kan være å forebygge sykdom og lidelse eller å mestre og finne mening i erfaringer med sykdom og lidelse. Sykepleie er en mellommenneskelig prosess, fordi det alltid handler om mennesker, enten direkte eller indirekte. Sykepleiens hensikt er å hjelpe individer eller familien til å forebygge og mestre sykdom og lidelse. For å kunne oppnå dette målet eller hensikten må det etableres et menneske-til-menneske-forhold. Med prosess menes det som skjer, erfaringene, mellom sykepleieren og den andre. Travelbee (2014) bruker uttrykket «å bruke seg selv terapeutisk». Med dette mener hun at sykepleieren bevisst kan bruke sin egen personlighet for å etablere et forhold til den syke.

#### 3.2 Begrepet pasient

Ordet pasient brukes som regel om personer som er under behandling og pleie fra helsearbeidere. Travelbee (2014) mener at begrepet pasient er en kategori og en merkelapp og en generalisering. Dersom man ser på den syke som en «pasient» kan man overse det unike hos hvert enkeltindivid. Man kan da generaliserer den syke, og tenker at alle pasienter er like. En slik tankegang vil påvirke sykepleierens forhold med hvert individ hun har omsorg for. I følge Travelbee (2014) kan virkningen på en person som blir oppfattet som en «pasient» av helsepersonellet være at personen reagerer med sinne og frustrasjon. Dette sinne trenger ikke nødvendigvis å bli tatt ut på den som fremprovoserer det, men kan vises i

form av rastløshet og anspenthet. Andre reaksjoner kan være håpløshet og tristhet (Travelbee, 2014).

### 3.3 Joyce Travelbee's menneske-til-menneske-forhold

Joyce Travelbee (2014) skriver følgende: «Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt» (s. 177).

Joyce Travelbee (2014) går ut i fra at å etablere et menneske-til-menneske-forhold er den profesjonelle sykepleierens grunnleggende mål. At sykepleieren og den syke forholder seg til hverandre som unike individer er et kjennetegn på et slikt forhold. For å kunne etablere et slikt forhold må sykepleieren være bevisst det hun føler, tenker, erfarer og gjør. Dette er fordi et menneske-til-menneske-forhold oppstår ikke av seg selv. All innsikt og kunnskap sykepleieren har tilgjengelig må utnyttes (Travelbee, 2014).

Menneske-til-menneske-forholdet blir etablert etter at sykepleieren og personen hun har omsorg for har gjennomgått fire, sammenhengende faser. «Disse fasene er: (1) det innledende møtet, (2) framvekst av identiteter, (3) empati og (4) sympati og medfølelse» (Travelbee, 2014, s. 172). Disse fasene ender i en gjensidig forståelse og kontakt, som i Travelbee's teori betraktes som synonymt med menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet kan etableres over kortere eller lengre tid (Travelbee, 2014).

I Joyce Travelbee's teori er også familien, den sykes pårørende, sentrale. Travelbee (2014) sier at også den sykes familie kan ha behov for hjelp fra sykepleieren. I vår oppgave er det møtet med pårørende som er viktig, og vi vil derfor fra nå av rette Travelbee's teori mot pårørende, Marit.

I det innledende møtet vil sykepleieren observere og bygge seg opp meninger om Marit, og det samme vil skje andre veien. Disse observasjonene og antakelsene er viktige fordi de følelsene og tankene som oppstår vil være grunnleggende for hvordan en opptrer overfor hverandre. Ut ifra språk, handling og væremåte danner Marit ett førsteinntrykk av sykepleieren, på samme måte som sykepleieren vil danne et førsteinntrykk av Marit.



---

Tidligere erfaringer har ofte mye å si ved førsteinntrykk. Denne førsteoppfatningen vil kunne endres etter hvert som man blir kjent med hverandre (Travelbee, 2014).

Når sykepleieren og Marit blir bedre kjent med hverandre og begynner å se hverandre som unike individer begynner også en framvekst av identiteter. I denne fasen starter sykepleieren og Marit og betrakte hverandre mer som enkelt individer, og ikke kategorier som «sykepleier» og «pasient». Det er her viktig at sykepleieren er bevisst hvordan hun selv oppfatter Marit. Denne fasen legger grunnlaget for neste fase, empati, og fortsetter til et reelt forhold er etablert (Travelbee, 2014).

Empati er å kunne sette seg inn i og forstå den andres følelser der og da. Sykepleieren føler og tenker ikke akkurat som Marit, men tar likevel en del i hennes sinnstilstand. Empati er en følelse av å forstå, og utfallet av dette er at man kan kunne forutsi atferden til den andre. I følge Travelbee (2014) er empati viktig, men ikke nok alene. Når empati har oppstått utvikler det seg videre til neste fase, som er sympati og medfølelse (Travelbee, 2014).

I sympati og medfølelses fasen vokser ønsket om å lindre plager frem, som er et kjennetegn ved denne fasen. Ved sympati og medfølelse blir man i stand til å sette seg inn i og forstå den andres plager. Det vil si at sykepleieren tar en del i Marits følelser og opplever medlidenhet overfor henne (Travelbee, 2014).

Når sykepleieren og Marit har gått gjennom disse fire fasene kan gjensidig forståelse og kontakt og et menneske-til-menneske-forhold oppleves (Travelbee, 2014).

### 3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon er alltid en stor del av møtet med andre. I møtet med Marit er det viktig at sykepleieren er bevisst egen kommunikasjon både verbal og non-verbal.

Joyce Travelbee (2014) sier at kommunikasjon er en prosess som hjelper sykepleieren med å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og til å nå målene og hensikten med sykepleien. Ved hjelp av god kommunikasjon kan sykepleieren nå målene i interaksjonen som er å bli kjent med den syke som individ og ivareta og identifisere den sykes behov. På den måten kan sykepleierens hensikt og mål oppnås (Travelbee, 2014).

I følge Travelbee (2014) vil den syke raskt oppfatte hvilke hensikter sykepleieren har, og om sykepleieren er genuint interessert i den syke, da dette vil gjenspeile seg i kommunikasjonen. På lik linje vil den syke også gjennom kommunikasjonen kunne oppfatte om sykepleieren har forståelse, empati og gode intensjoner. Dette kan være avgjørende for å kunne oppnå et solid mellommenneskelig forhold mellom sykepleieren og den syke (Travelbee, 2014).

Det er mange, ulike måter å kommunisere på, og for sykepleieren er det profesjonell, hjelpende kommunikasjon som hører yrket til (Eide & Eide, 2012).

Profesjonell kommunikasjon menes kommunikasjonen som hører til yrket man utøver, i dette tilfellet som sykepleier, en hjelper. I kommunikasjon med pasienter og pårørende er det meningen at kommunikasjonen skal oppleves som hjelpende. Dette kan gjøres ved å blant annet å vise at man lytter til den andre, tolker og observerer nonverbale og verbale signaler samt formidle informasjonen på en forståelig måte. En av de viktigste evnene innen profesjonell, hjelpende kommunikasjon er aktiv lytting. Aktiv lytting kan være å omformulere eller parafrasere det den andre har sagt, oppmuntre den andre til å snakke videre ved å stille spørsmål, kroppsholdninger, ansiktsuttrykk og øyekontakt (Eide & Eide, 2012).

Denne typen kommunikasjon har ifølge Eide & Eide (2012) et helsefaglig formål og er en type kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet. Ved god kommunikasjon kan sykepleieren identifisere hva som kreves i situasjonen og forebygge dårlige løsninger og uheldige valg. Dersom kommunikasjonen er dårlig eller mangelfull oppstår fare for profesjonelle mangler og feil (Eide & Eide, 2012).

### 3.5 Det første møtet og samtalen

Sykepleieren skal møte Marit for første gang, og før dette møtet er det flere aspekter som er viktige å tenke på for sykepleieren.

Sykepleieren bør som forberedelse til det første møtet lese eventuelle henvisninger og skriv som foreligger om Marit. Siden dette er en planlagt samtale, har sykepleieren bedre tid til og kunne forberede hvordan og hvor samtalen skal foregå, og planlegge de praktiske forholdene rundt møtet. Sykepleieren bør ha kunnskaper om informasjonen og veiledningen Marit

ønsker, og kan lese om bipolare lidelser, og da spesielt de maniske fasene, samt snakke med andre erfarne sykepleiere i forkant av samtalen (Hummelvoll, 2014).

Eide og Eide (2012) deler opp samtalen i tre deler: en begynnelse, en midtdel og en avslutning. Begynnelsen av samtalen inneholder at man hilser, viser interesse og respekt, klargjør hvor lenge samtalen skal vare og eventuelt innenfor tema og eventuelle mål for. Midtdelen av samtalen er den største delen og deles igjen opp i mindre deler. Disse delene er å utforske tema som skal tas opp, forstå den andres perspektiv, strukturere samtalen, utvikle relasjon og forklare og informere. Her er kommunikasjonsferdigheter viktig, og det å være bevisst både sin egen og den andres verbale og nonverbale kommunikasjon. I avslutningen tar sykepleieren initiativ til å avrunde samtalen, og lar den andre oppsummere innholdet. Helt til slutt avtales tid, innhold og sted for nye avtaler (Eide & Eide, 2012).

Holdningene sykepleieren viser ved det første møtet er viktig at sykepleieren er bevisst på. Dersom man møter den andre med en aksepterende og åpen holdning er det større mulighet for at den andre svarer med åpenhet. Det er viktig at sykepleieren prøver å skape en følelse av forståelse, tillit og åpen kommunikasjon (Hummelvoll, 2014).

## 4. Teoridel

Da vi fattet interesse for diagnosen bipolar lidelse var det fordi det omfavner et stort spekter innen psykiatrien. Vi har også knyttet kjennskap til diagnosen gjennom praksis, og så at det innebærer store utfordringer, både for pasient og pårørende. I dette kapittelet vil vi trekke frem den teorien vi mener er relevant i forhold til å besvare vår problemstilling.

### 4.1 Hva er bipolar lidelse?

Bipolare lidelser defineres som episoder med depresjoner og mani som avløser hverandre, gjerne med perioder hvor det er normalt stemningsleie i mellomtiden. Pasientene med denne diagnosen veksler mellom perioder hvor man opplever bunnløs fortvilelse, følelse av ubrukelighet og ønsket om å ikke eksistere (depresjon), og perioder der man kan overvinne alt, man er verdensmester og preget av høyt tempo i alt de gjør (mani). I mellom disse periodene er det hviletid der man opplever seg selv som alle andre mennesker (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012).

Diagnosen innebærer en stor selvmordsrisiko, da spesielt i de depressive fasene av sykdommen. Det er ingen psykiatrisk lidelse som har høyere selvmordsrate enn bipolar lidelse, forholdstallet for gjennomførte selvmord og selvmordsforsøk er 1:3. Enkelte fagfolk mener derfor at det må innføres et strukturert undervisningsopplegg for pasienter med diagnosen og deres pårørende, for å forebygge selvmord og selvmordsforsøk (Haver, 2012).

Mange av pasientene med diagnosen bipolar lidelse fungerer godt i hverdagen i dag da det finnes gode medisiner som regulerer sykdommen. Hos andre kan det være vanskelig å finne en medisiner som fungerer optimalt, og de vil oppleve hyppigere svingninger enn de godt medisinerte. En medikamentell behandling er fasespesifikk, med det menes det at den skal lindre en mani eller en depresjon. Man kan også benytte legemidler for å forebygge at nye episoder med mani eller depresjon oppstår. Legemiddelbasert behandling bør benyttes samtidig med at man setter inn andre tiltak, som for eksempel samtaleterapi. På denne måten kan man hjelpe pasienten til å føle at den mestrer sin egen sykdom med de utfordringer den innebærer, på en selvstendig og kontrollert måte (Aarre, 2012).

Det skjer dessverre ofte at bipolare pasienter havner utenfor arbeidslivet, da det er vanskelig å takle oppturer og nedturen, særlig i forhold til arbeidslivet der det er forventet at man gir alt

---

i tiden man står i jobb. Veldig mange er uføretrygdet på grunn av sykdommen, da det er vanskelig å forholde seg til faste avtaler i perioder man er syk. Tidligere ble sykdommen kalt manisk –depressiv lidelse, som i grunnen beskriver symptomene de opplever godt, men ikke gir rom for at det er noe imellom (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012). Gunnar i vårt case fungerer godt i jobb i de periodene han ikke er manisk eller depressiv, men i fasene han er syk, er det verre å følge forpliktelsene som jobben medfører.

#### 4.1.1 Det bipolare spektrum

Det finnes mange variasjoner av bipolare lidelser, her presenterer vi kort hver enkelt variasjon. Variasjonene er klassifisert etter et amerikansk system kalt DSM-IV som står for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012).

Schizoaffektiv lidelse er en type lidelse der pasientene har maniske sykdomsperioder i tillegg til psykotiske symptomer med schizofrent uttrykk (Fasmer & Ødegaard, 2012).

Ved bipolar type I lidelse er det vanlig å dele inn i tre variasjoner. Rene maniske lidelser, unipolar lidelse, som er en sjelden variant. Pasientene i denne gruppen opplever som regel kun maniene, og sjelden depresjonene. Kan ha lette depresjoner. En annen undergruppe opplever lange alvorlige depresjoner i kombinasjon med oppstemte faser av lang varighet. Denne variasjonen er relativt lik bipolar II lidelse, men mange mener den tilhører bipolar I. den siste variasjonen er den klassiske manisk-depressive lidelsen, hvor pasienten opplever alvorlige depresjoner og i tillegg har vekslende manier. Dette er de mest utbredte bipolare lidelsen vi kjenner til, og den variasjonen vi tenker at Gunnar, mannen til Marit som vi møter i innledningen i vår oppgave, har (Fasmer & Ødegaard, 2012).

Ved bipolar type II finnes det også tre undergrupper. Alle har alvorlig depresjoner i kombinasjon med hypomane faser. Hypomani er en mildere og mer kortvarig form for mani hvor man ikke opplever de psykotiske symptomene. Man har og en variant hvor man har pasienter med cyklotymt temperament (Fasmer & Ødegaard, 2012). Cyklotymt temperament er en egen affektiv lidelse, nært beslektet med bipolar lidelse, men pasientene oppfyller ikke alle kravene som stiles til diagnosen bipolar lidelse (Ødegaard og Fasmer, 2012).

Alvorlige depresjoner kjennetegner også bipolar type III. Denne har hypomane faser, men ikke spontane hypomanier. De hypomane fasene er utløst av antidepressiva eller annen biologisk behandling, som ECT (Fasmer & Ødegaard, 2012). ECT, Elektrokonvulsiv behandling, elektrostimulering eller elektroshjokk, er en effektiv behandlingsmåte av alvorlige psykiske lidelser. Brukes blant annet ved alvorlige depresjoner der medikamentell behandling alene ikke har ønsket effekt. Vanligvis behandles pasienten i serier på 6-12 behandlinger, to til tre ganger pr uke. Pasienten ligger i en lett narkose når man blir gitt behandlingen. Virkningsmekanismen er ikke sikkert klarlagt, men det antas at det har innvirkning på hjernecellenes følsomhet for signalsubstanser (Malt, 2014).

Den siste bipolare lidelsen med tallbetegnelse er bipolar IV. Denne kjennetegnes ved at pasienten i tillegg til alvorlige depresjoner opplever et hypertymt temperament (Fasmer & Ødegaard, 2012). Hypertymt temperament vil si at pasienten opplever en langvarig periode med hypomani, såpass langt at det kan kalles et kjennetegn ved personen. De oppleves som fulle av energi, utadvendte og selvsikre. Mange personer med hypertymt temperament er såkalte ledertyper og er å finne i jobber som krever mye, som næringslivsledere eller artister (Ødegaard & Fasmer, 2012).

I tillegg har vi diagnosen depressive blandingstilstander hvor man har en alvorlig depresjon med noen symptomer på hypomani eller aktiveringstilstand, som spenninger, tankekjør og angst. Dette går under samlebegrepet andre bipolare lidelser, sammen med depresjoner med tegn på bipolar sykdom uten hypomane faser. I denne variasjonen må man stille diagnosen ut fra visse kriterier, som tidlig debut av alvorlig depresjon, depresjoner som starter brått og slutter brått, familiehistorie med bipolar sykdom, årstidsavhengige depresjoner og postpartumdepresjoner, manglende eller akutt effekt av antidepressiva, og hvor den akutte effekten avtar etterhvert (Fasmer & Ødegaard, 2012).

#### **4.1.2 Mani**

Marit finner de maniske fasene hos Gunnar mest utfordrende, og det er hovedsakelig denne fasen hun ønsker informasjon og veiledning om fra psykiatrisk team.

Mani er en av stemningene som oppstår ved bipolar stemningslidelse, og i en manisk fase kan personen være helt uten realitetsforankring. Manien utvikler seg forskjellig fra person til

---

person. For enkelte kan manien oppleves som en slags rus (Hummelvoll, 2014). Noen kan være mer seksuelt aktive, og være i mer eller mindre tilfeldige seksuelle forhold, bruke altfor mye penger eller ha en atferd som kan lage konflikter i forhold til familie, venner og kanskje kollegaer. For dem som rammes av både depresjon- og maniperioder varer hver periode vanligvis i 4-6 måneder dersom de er ubehandlet. Enkelte kan svinge relativt raskt mellom mani og depresjon (Hummelvoll, 2014).

En manisk periode kan vises i form av økt psykomotorisk aktivitet med økt engasjement, redusert søvnbehov og personen kan få en overdreven tro på egne ferdigheter og selvtillit. Andre tegn som kan vises ved en manisk periode er at personen føler en tankeflom, at tankene raser rundt i hodet, uten mulighet til å kontrollere dem. Dette kan komme til syne når man snakker med personen i form av taleflom og det er vanskelig for den andre og komme til ordet og å følge tankerekken i det som blir sagt. Samtaleemne kan ofte springe mellom vidt forskjellige temaer (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012).

I den maniske fasen kan enkelte gjøre det vanskelig for de rundt seg, som familie og venner. Økt handlingsvilje og energinivå, storhetsforestillinger samt mangel på innsikt kan føre til raske og risikable handlinger og beslutninger som kan ende med økonomisk ruin, skilsmisse eller tap av arbeidsplass (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012).

Ved mild mani opplever personen gjerne eufori, opprøpmthet, kan føle seg mer kreativ og føler man får gjort mye. Sminke og påkledning hos personen kan være påfallende, man føler mindre behov for søvn og den seksuelle lysten øker. I tillegg er ofte talen høylydt og rask (Hummelvoll, 2014).

Moderat mani vises ofte ved at personen er lystig og føler at livet leker, selv om gråten kan komme plutselig. Personer med moderat mani kan ha konsentrasjonsvansker, ofte på grunn av tankeflom og at han blir lett distraheret. Selvinnsikten mangler og vurderingsevnen er svekket, søvnbehovet er tydelig redusert og selv om humøret til personen kan være smittende er det samtidig noe med han som føles slitsomt. Personlig hygiene blir ikke ivaretatt som vanlig samtidig som personen selv føler seg i kjempeform og ikke klarer å se det samme som andre ser utenfra. Dersom man prøver å snakke med personen og foreslå at han bør søke behandling, kan han reagere med aggresjon da han ikke har noen forståelse for hvorfor han skal trenge dette (Hummelvoll, 2014).

Alvorlig mani kan noen ganger starte med en hypoman fase, men det er ikke alltid slik. På grunn av den voldsomme fysiske aktiviteten og fysiske uroen kan en fullt utviklet mani gi et stort og mektig inntrykk på sine omgivelser. Tankene er ofte usammenhengende og talen er svært rask. Dette gjør det vanskelig å snakke med personen. Vrangforestillinger er ofte veldig bisarre, men det handler vanligvis om kortvarige perioder. Disse vrangforestillingene handler ofte om personens storhet og spesielle makt. Ernæring og personlig hygiene blir nedprioritert og gjerne ikke ivaretatt, samtidig som personen sover lite. En alvorlig mani vil krever sykehusinnleggelse (Hummelvoll, 2014).

Det er flere symptomtrekk som kan kjennes igjen fra caset om hvordan Gunnar oppfører seg i de maniske fasene. Blant annet økt seksuell lyst og en atferd som skaper konflikt i forhold til Marit, samt økt selvtillit. I tillegg føler Marit at hun ikke klarer å føre en ordentlig samtale med Gunnar da hun hele tiden avbrytes og synes det er vanskelig å følge tankegangen. Dette er også typiske symptomer som kan vises i den maniske fasen.

### **4.1.3 Depresjon**

Ved en depresjon er det mange klassiske tegn man kan se, de mest fremtredende symptomene er lav selvaktelse, tristhet og pessimisme. Mange opplever kraftløshet, med nedsatt energinivå både fysisk og psykisk, håpløshet og har konsentrasjonsvansker. Daglige gjøremål kan fort bli store utfordringer da de har vansker med å forholde seg til virkeligheten. Dette er de mest fremtredende psykiske vanskene, i tillegg har vi mange kroppslige vansker som gjør seg gjeldene. De kroppslige symptomene kan være menstruasjonsforstyrrelser, nedsatt appetitt, seksuell ulyst og nedsatt potens, smerter og ubehag, forstoppelser og søvnevansker. Mange av pasientene tar kontakt med lege på grunn av fysiske besvær som treg mage, stive skuldre og dårlig nattesøvn. Det er lett at man da blir behandlet av lege for de somatiske plagene, at man behandler de som en egen diagnose, og dermed overser at det ligger en depresjon til grunn for plagene (Hummelvoll, 2014). Disse symptomene kalles maskerte depresjoner, og kan derfor være vanskelig å gjenkjenne som dette (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012). Det kan være mange som går rundt med en uoppdaget mild depresjon og ikke kommer til behandling for den før den har utviklet seg og blitt gradvis sterkere.



---

Det finnes flere årsaker til depresjoner. Mange er kun psykisk betinget, utløst av en vanskelig situasjon der og da, men andre igjen har biologiske årsaker i tillegg. For lave nivåer av blant annet serotonin, dopamin og noradrenalin er påvist både ved depresjoner og bipolare lidelser. Dette er transmittersubstanser som produseres i hjernen. I tillegg er det ved depresjon økt aktivitet i hypothalamus-hypofyse-binyreaksen, dette fører til økt produksjon av hormonet kortisol, som er et av kroppens stresshormoner. Den medikamentelle behandlingen ved depresjoner er rettet mot nettopp disse transmittørene, og det er derfor man kan bli bedre ved hjelp av medikamenter (Haavik, 2012).

Man kan deler opp depresjoner som milde, moderate og alvorlige. Kjennetegnene på de forskjellige gradene beskrives her.

Mild depresjon er ofte forbigående og realitetsorienteringen er intakt. Senket stemningsleie og tristhet oppleves, men det påvirker ikke dømmekraften til personen, hverken i forhold til andre eller seg selv. Depresjonen forårsakes ofte av situasjonen personen opplever, for eksempel sorg ved samlivsbrudd eller annet livsendrende brudd i relasjon. Personen vil gjerne ha økt behov for tilbaketrekking fra sosiale tilstelninger, og kan oppleves som følsomme ovenfor avvising. Evnen til å konsentrasjon og oppmerksomhet er ofte nedsatt (Hummelvold, 2014). En mild depresjon går som oftest over av seg selv, men noen ganger kan samtaleterapi ha en god effekt på pasientene (Malt, 2014).

En moderat depresjon kjennetegnes ved at personens dømmekraft er dårlig fordi man lett mistolker andres intensjoner. Sin egen følelse av utilstrekkelighet overføres til andre slik at personen føler seg mislikt. Tolkingen av kroppslig stimuli er nedsatt slik at personen kan føle at fordøyelsen, respirasjonen eller hjerterytmen er ute av kurs. Negativt selvbilde og nedsatt selvaktelse er normalt. Høyt forbruk av alkohol og mat er vanlig, og impuls kontrollen er gjerne redusert eller overkontrollert. Å fokusere i hverdagen er vanskelig, og konsentrasjon og tankevirksomhet er nedsatt. Personen føler ofte tomhet og det er et klart uttalt depressivt uttrykk hos pasienten (Hummelvold, 2014). En moderat depresjon krever som oftest medikamentell behandling uansett om årsaken ligger biologisk eller psykisk, dette kombinert med god samtaleterapi har ofte god effekt på pasienter (Malt, 2014).

Ved alvorlig depresjon er realitetstesting så svekket at mange opplever vrangforestillinger. Tankeprosessene er ulogiske, konsentrasjon, oppmerksomhet og hukommelse er betydelig

svekket. Realitetsorienteringen er så nedsatt at den kan føre til at personen føler seg fremmed i sin egen kropp, og tolke kroppens signaler feil. Personen kan oppleve ekstrem avhengighet av andre, eller betydelig likegyldighet ovenfor andre. En alvorlig deprimert person vil oppleve alle tap, små eller store som fryktelig inngripende og til tider ødeleggende. Impulser og drifter kan være kraftig undertrykte, slik at personen oppfattes som motorisk stillestående. Det motsatte kan også skje, at personen oppfattes som om kroppsbeherskelsen er helt ute av kontroll. Evnen til å kommunisere med andre er så kraftig svekket, og enkelte kan oppleve en tilstand hvor de nærmest er stumme. Følelsen av skyld, maktesløshet og bunnløs fortvilelse er overhengende og dominant (Hummelvold, 2014). Ved alvorlig depresjon er selvmordsfaren overhengende og også spiseproblematikk. I noen tilfeller, der hvor vanlig medikamentell behandling ikke er nok, kan det være nødvendig å bruke elektrosjokkbehandling (Malt, 2014).

## 4.2 Pårørende

Å leve med en bipolar lidelse er en utfordring. Det er mange grader og variasjoner innen spekteret bipolare lidelser, men det finnes fellestrekk for de alle. Den som lever med en person med diagnosen bipolar lidelse må omstille livet sitt etter hvert som sykdommen endres hos pasienten (Ødegaard, Syrstad & Ødegaard, 2012). For mange kan det være vanskelig å tilpasse seg det å leve med en person med bipolar lidelse. Det føles som om man lever med to personer i ett. Vanligvis skjer endringene over en periode, og man kan ha en viss tid til å gjøre nødvendige endringer. På den måten kan både pårørende og pasient skal ha en grei og forutsigbar hverdag (Ødegaard, Syrstad & Ødegaard, 2012).

Pårørende av pasienter med bipolar lidelse har et stort behov for kunnskaper som angår sykdommen, og mange oppgir å ha god nytte av informasjonsmøter til pårørende. De pårørende er de som innehar mest kunnskap om hvordan ens egen «pasient» har det. Derfor kan de best hjelpe til med å igangsette tiltak når pasienten er på vei inn i en mani eller alvorlig depresjon. De er eksperter på å tolke signaler som vise seg i forkant av en episode, forandringer i søvnmønster, humør eller oppførsel i første rekke. De vil også se forskjeller i adferd, økt forbruk av rusmidler, ukritisk pengeforbruk og endret seksualmønster. Det er også de pårørende som først tolker tegnene på suicidalitet og kan varsle om dette (Ødegaard & Ødegaard, 2012).

Det finnes de som har bipolar lidelse med blandet episode, der det kan variere mange ganger i løpet av dagen mellom mani og depresjon. Denne typen bipolare lidelser har vi erfaring med fra pasienter i praksis, og har sett hvilke forhåndsregler man må ta for å leve med en slik type bipolar lidelse. En har valgt å ta fra kona bankkortet i slike perioder, da hun ellers ville handlet alt hun kommer over som han sa. I en manisk fase føler ofte pasienten seg uovervinnelig, har storhetstanker og er lite kritisk. I disse periodene kan man risikere at en families økonomi blir satt ut av spill, og det kan få alvorlige konsekvenser for hele familien.

## 5. Drøfting

I dette kapittelet går vi ut ifra fasene som Travelbee har beskrevet, og som vi har skrevet om i teorikapittelet. Ved å drøfte oss gjennom disse fire fasene ønsker vi å oppnå en gjensidig forståelse og kontakt. På den måten vil vi komme til en konklusjon på vår problemstilling.

### 5.1 Dørstokkmila – det første møtet

«Når sykepleieren møter en person for første gang, vil hun observere, bygge opp antakelser og gjøre seg opp meninger om vedkommende, og det samme skjer motsatt vei. Ut fra de slutningene som trekkes, vil visse følelser oppstå» (Travelbee, 2014, s. 186).

Ved det første møtet mellom to personer vil verbal kommunikasjon og kroppsspråk være med på å danne et førsteinntrykk av den andre (Travelbee, 2014). Dette første møtet er ifølge Travelbee (2014) det som danner grunnlaget i relasjonen og er avgjørende for det videre forholdet med vedkommende. Derfor er det viktig at det første møtet blir et godt møte for begge parter.

Helsedirektoratet (2008) sier at i det første møtet er det viktig å vise interesse ovenfor den pårørendes utfordringer og erfaringer. Sykepleieren bør være interessert og forståelsesfull ovenfor historiene den pårørende forteller. En fast kontaktperson vil skape en større trygghet ved at den pårørende slipper å gjenta spørsmål og historier. Samtidig vil dette kunne føre til at det er en kontinuitet i råd og veiledning, slik at det ikke blir forskjellige råd og tips og forholde seg til. Veiledningen og rådene som gis bør være så konkret som mulig (Helsedirektoratet, 2008). Som beskrevet i teorikapittelet har de pårørende stort behov for tilrettelagt informasjon, og det er sykepleieren oppgave å tilrettelegge informasjonen.

Forskning viser at pårørende fortsatt må kjempe for å bli hørt innenfor psykiatrien, men at det er noe bedring de siste årene (Borg, Haugård & Karlsson, 2012). Dette stemmer overens med hva vi selv så og opplevde i praksis. Som det kommer frem i denne forskningen har pårørende et stort ønske om å bli hørt og møtt med gjensidig respekt og tillit av tjenesteapparatet. De pårørende ønsker veiledning fra tjenesteapparatet om hvordan de kan være til hjelp og hva de kan gjøre for sine (Borg, Haugård & Karlsson, 2012). En annen studie viser at de som har omsorg for en person med bipolar lidelse selv kan utvikle

---

psykiatriske symptomer (Steel, Maruyama & Galynker, 2009). Dette kan være symptomer som angst, depresjon og et økt behov for hjelp fra psykiatrien.

I vår erfaring fra praksis i spesialisthelsetjenesten er helsepersonellet dårlige på å ta opp de mer personlige temaene med både pasientene og pårørende. Vi opplevde at det ikke ble åpnet for mer personlige temaer i pårørende samtaler med pasienten og partneren. I tillegg var ofte både pasienten og den pårørende til stede i samtalene. Pasienten og pårørende ble ofte spurt om de ønsket samtale hver for seg først, men dette oppfattet vi var vanskelig da pasienten var lite villig til dette, spesielt i tilfellet med en pasient med bipolar lidelse. I disse samtalene var det vanskelig for ektefellen å komme til, og da det ble stilt spørsmål om hvordan forholdet dem imellom var for tiden, ble dette avbrutt av pasienten. Pasienten hadde før samtalen uttrykt et ønske om at dette skulle bli tatt opp i pårørendesamtalen, men dette var ikke lenger ønskelig da samtalen var i gang. I dette tilfellet kunne vi ikke se at det ble gjort noe mer i etterkant for å tilby en eventuell samtale med ektefellen alene, og at det er den syke som blir tatt hensyn til og hørt.

Marit, som vi møter i innledningen, har på eget initiativ tatt kontakt med psykiatrisk team og har et ønske om å få hjelp til å kunne møte de utfordringene hun og ektemannen står ovenfor. I tillegg ønsker hun å tilegne seg kunnskap om Gunnars lidelse. Marit har tidligere erfaring med helsepersonell som Gunnars pårørende, og kan derfor allerede ha visse tanker og meninger om hvordan hun kommer til å bli møtt av sykepleieren. Hun uttaler at i tidligere møter har hun ikke følt seg sett og ivaretatt.

Pårørende spiller en stor rolle for den syke, og det er de som lever med, tar seg av og følger opp den syke når de ikke er innlagt. Marit som er gift og bor sammen med Gunnar, blir den som hele tiden må tilpasse seg og følge med på eventuelle symptomer. Som studien til Miller (2006) viser påvirker bipolar lidelse både det kognitive og oppførselen til personen med bipolar lidelse, noe som kan skape utfordringer ovenfor pårørende. I en manisk periode må Marit kanskje tåle at Gunnar er kverulerende, mistenksom, motorisk urolig og til tider har taleflom. Noe vi opplevde i hjemmesykepleie praksis, var at det i dagens samfunn dessverre er slik at syke skrives ut til hjemmet tidligere enn før, og kanskje derfor også sykere enn før. Dette medfører en større og mer krevende omsorgsjobb for pårørende. Dette kan gjøre henne svært utslitt, og det å ha noen å kunne prate med og støtte seg til kan være svært viktig.

I forkant av møtet bør sykepleieren planlegge flere faktorer rundt samtalen. Hvor samtalen skal foregå bør planlegges for å sikre at man er på nøytrale og i vennlige omgivelser, og at man ikke forstyrres. Strukturering av samtalen kan sykepleieren planlegge på forhånd, slik at både sykepleieren og Marit er trygge på hvilke rammer som er satt for møtet. Disse rammene vil blant annet være hvor mye tid som er satt av og hensikten med denne første samtalen. I begynnelsen av samtalen bør sykepleieren introdusere seg selv, samt tilby Marit muligheten til å gjøre det samme. I tillegg bør Marit bli tilbudt servering av for eksempel kaffe, vann, kjeks, frukt eller kaker.

Eide & Eide (2012) skriver at begynnelsen av en samtale har flere funksjoner. Disse funksjonene er å etablere relasjon, skape kontakt og trygghet, rammer for samtalen, problemidentifisering og etablere en åpen situasjon. Både pasient og sykepleier har stereotype oppfatninger av den andre og måten pasienten blir møtt kan bekrefte eller avkrefte denne oppfatningen.

Marit har ved tidligere møter med helsepersonell følt seg oversett. I det første møtet med Marit bør derfor sykepleieren ta seg tid til å lytte og opptre vennlig, forståelsesfull og vise interesse for det Marit har å fortelle. Sykepleieren bør møte Marit med høflighet og respekt og gi Marit riktig og god informasjon om rammene i samtalen. Ved å klargjøre tidsrammen for samtalen kan det bli enklere for begge parter å bruke tiden godt, og dette kan raskere skape en kontakt mellom Marit og sykepleieren. Rammene rundt temaet og hensikten med samtalen kan med fordel også avklares i starten av møtet. På den måten gir man ikke inntrykk av at alt skal kunne løses ved hjelp av kun en samtale. I det første møtet kan man starte å identifisere utfordringene Marit opplever, men det viktigste er å ha et åpent sinn på hva Marit har på hjertet. Sykepleierens jobb er å ta hensyn til at Marit er i en uvant situasjon, det er mange nye inntrykk på en gang og at hun kan derfor lett bli forvirret.

Som Travelbee (2014) skriver er det viktig at sykepleieren er bevisst sin kommunikasjon, og kan å bruke den på en god måte. I det innledende møtet vil Marit mest sannsynlig se på sykepleieren som «en sykepleier» og sykepleieren vil antagelig oppfatte Marit som «en pasient». Det er viktig at sykepleieren ikke tenker på Marit som «en pasient», men som et enkelt individ. Kommunikasjonen i møtet med Marit bør være hjelpende og profesjonell (Eide & Eide, 2012). Altså skal Marit oppleve kommunikasjonen som hjelpende. Sykepleieren bør kunne bruke verbal og non verbal kommunikasjon bevisst i det første møtet

---

med Marit. På den måten vil det kunne være en god kommunikasjon som hjelper sykepleieren å identifisere Marits behov.

I møtet med Marit må sykepleieren opptre profesjonelt, og jobbe for å legge bort eventuelle dårligere følelser fra tidligere på dagen. Alle kan ha en dårlig dag, men sykepleieren må likevel tre inn i den profesjonelle rollen når hun skal møte Marit, og dette mener vi er spesielt viktig ved det første møtet. Ved det første møtet dannes, som skrevet tidligere, grunnlaget i relasjonen (Travelbee, 2014).

På den andre siden kan sykepleieren som ikke klarer å se den andre som et unikt individ, fortsatt kunne gi en god informasjon om lidelsen til Gunnar og komme med råd og tips basert på fagkunnskaper hun har om lidelsen. Spørsmålet blir om samtalene vil være til like god hjelp og støtte for Marit, og om hun vil tørre å åpne seg med de litt vanskeligere og mer personlige temaene.

Når sykepleieren begynner å se Marit som unikt individ vil en fremvekst av identiteter starte. Fremvekst av identiteter vil si at sykepleieren og Marit ser bort ifra de tradisjonelle rollene og skaper en relasjon. Det er i denne fasen Marit og sykepleieren vil kunne etablere en tilknytning til hverandre. Marit begynner å få et selvstendig inntrykk av sykepleieren og hennes rolle. Sykepleieren vil på sin side her kunne begynne å forstå hvordan Marit tenker og hva hun føler, og dette danner grunnlaget for etableringen av empati.

Vi mener at for å etablere et godt menneske til menneske forhold bør Marit og sykepleieren gjennomføre flere møter for å oppnå en god og gjensidig kontakt og forståelse. Det som kommer frem videre i drøftingen er et resultat av flere møter mellom Marit og sykepleieren.

## 5.2 Å bli trygge på hverandre

Vi kan se at empati kan utvikles raskt dersom man har gjennomført lignende møter tidligere. Empatien vil naturlig komme raskere hos sykepleieren, enn hos Marit i dette tilfellet. Dette mye på grunn av Marits tidligere erfaring med helsepersonell, der hun ikke har følt seg sett og hørt i sin situasjon.

Empati er en prosess hvor man nesten med en gang klarer å forstå betydningen av den andres mentale tilstand, og hva den andre føler og tenker der og da (Travelbee, 2014).

For at sykepleieren skal kunne oppnå empati med Marit og hennes situasjon må denne prosessen først gjennomgås. Sykepleieren må først sette seg inn i Marits følelser og forståelse av situasjonen. Det er viktig at sykepleieren ikke blir en del av Marits tanker og følelser, men at hun har en forståelse for den fra utsiden. Empati fungerer bare på grunnlag av likhet. I Marits tilfelle må vi da legge til grunn at sykepleieren gjennom sin yrkesutøvelse har kunnskaper som samsvarer med Marits opplevelser. På denne måten kan sykepleieren få en empati ovenfor Marit. Sykepleieren er gjennom fire faser for å oppnå empati. Dette er identifikasjon hvor man forsøker å bli bevisst pasientens opplevelser gjennom avspenning. Inkorporering, man kjenner på Marits følelser, og forsøker å sette seg inn i hennes sted. Her må man ikke legge inn sine egne følelser. Så kommer gjenlydsfasen der det foregår et samspill mellom følelsene sykepleieren sitter med og Marits følelser. Den siste er løsrivelsesfasen hvor sykepleieren ser bort fra den personlige involveringen i Marit. Her bruker sykepleieren sine kunnskaper og refleksjoner for å gi tilbake informasjon som Marit kan ha nytte av (Hummelvoll, 2014).

Når sykepleieren og Marit har gjennomgått empatiprosessen, kan de gå et skritt videre og etablere evnen til sympati og medfølelse. I empati foreligger ikke ønsket til å lindre plager, men ved sympati og medfølelse oppstår dette ønsket om å hjelpe (Travelbee, 2014). Ved sympati og medfølelse opplever sykepleieren medlidenhet for Marit, og blir i stand til å forstå og beveges av hennes utfordringer. Sympati og medfølelse handler ikke på samme måte som de andre fasene om å bli kjent med hverandre som individer. Denne fasen er heller en måte å kommunisere til den andre at man føler og bryr seg om henne. Sykepleieren viser gjennom kroppsspråk og verbal kommunikasjon en medlidenhet og omhu for Marit. Dette kan være med på å utdype og forsterke forholdet dem imellom (Travelbee, 2014).

I de maniske fasene kan Gunnar bli ufin mot Marit, både i væremåte og i hva han sier. I tillegg bruker han både mail og telefon til å sende Marit meldinger som gjør at hun føler seg mistenkeliggjort. Han kan for eksempel beskyldte henne for å ha vært utro. Dette er noe som vil kunne påvirke Marit og få henne til å føle seg såret og motløs. Det er disse følelsene sykepleieren vil ta del i og ha medfølelse med Marit i. Sykepleieren vil føle at Marits utfordringer og situasjon angår henne, og har en trang, et ønske, til å lindre og hjelpe. Gjennom kommunikasjon, verbal og non verbal, viser sykepleieren sin medfølelse ovenfor



---

Marit. Dette kan være en ømhet i blikket til sykepleieren, eller sykepleierens atferd og væremåte ovenfor Marit.

Fravær av sympati og medfølelse vil kunne virke inn på Marits vilje og evne til å ta opp de vanskeligere temaene med sykepleieren. Samtidig vil det kunne skape en distanse dem imellom om Marit får følelsen av at sykepleieren ikke forstår hennes situasjon. Sykepleieren kan vise distanse til Marit også gjennom kroppsspråk. Ved for eksempel å himle med øynene i samtalen, sitte med armene i kors og ha fokuset på andre ting enn Marit distanserer sykepleieren seg i samtalen. Dette virker negativt inn på relasjonsbyggingen og følelsen av sympati og medfølelse.

Gjennom nærvær av sympati og medfølelse blir forholdet mellom Marit og sykepleieren forsterket. Marit vil se på sykepleieren som et individ, ikke bare som en som hjelper henne. Og hun ser ikke lenger på sykepleieren som en som hjelper kun ut av pliktfølelse, men som en som hjelper fordi hun er interessert i henne som person. Etter at Marit har opplevd medfølelse og sympati vil hun kunne begynne å få en tillit til sykepleieren. Denne tillitten er noe som må opptjenes, og ikke noe som oppstår uten videre. Sykepleieren må bevise ovenfor Marit at hun er til å stole på. Når Marit forstår at hun kan stole helt og fullt på sykepleieren vil hun oppleve å ha full tillit til henne (Travelbee, 2014).

Marit har, som vi kan se i innledningen, et ønske om informasjon og veiledning i forhold til de utfordringene hun møter på når Gunnar er i en manisk fase. Før sykepleieren kan hjelpe Marit, må hun først være bevisst sin egen selvinnsikt. Det vil si at sykepleieren må være klar på hva som er hennes egne følelser og verdier, og hva som faktisk er Marit sine. Gjennom samtaler med Marit bør sykepleieren få frem hvilke utfordringer hun står ovenfor, og hvilken virkning disse har på henne. Samtidig kan hun hjelpe Marit til å få en forståelse av egne ressurser og muligheter, samt hvordan hun tidligere har løst utfordringene. Videre kan de sammen se på hvilke av tidligere løsninger som har bidratt til å faktisk løse utfordringene (Hummelvoll, 2014).

For at Marit skal kunne tørre å åpne seg om de mer personlige, intime utfordringer og spørsmål hun har, må hun først være trygg på sykepleieren. Gjennom sympati og medfølelse vil tillit gradvis oppstå. På denne måten vil sykepleieren ha større mulighet til å kunne hjelpe Marit på en best mulig måte. Sykepleieren bør kunne bruke sine kommunikasjonsferdigheter på den måten at hun kan få Marit til å reflektere og åpne seg for henne. En egenskap som er

god for sykepleieren å inneha for å kunne skape en trygghet og tillit til Marit, er bekreftende kommunikasjon. Bekreftende kommunikasjon kan brukes til å vise Marit at man respekterer henne og er interessert i hennes situasjon og hva hun har å fortelle. Marit har behov for å føle at sykepleieren ser og forstår det som er viktig i hennes utfordringer, og at hun blir lyttet til (Eide & Eide, 2012).

Bekreftende kommunikasjon er med på å skape tillit og trygghet, noe som kan være til hjelp når sykepleieren vil utforske følelsene til Marit. Sykepleieren bør vise Marit at hun lytter til henne, forstår hva hun sier og følger med. For at Marit skal åpne seg opp, bør sykepleieren stille riktige spørsmål som får henne til å reflektere, og ikke ledende «ja» / «nei» spørsmål. Videre kan sykepleieren vise Marit at hun følger samtalen ved et verbalt følge. For eksempel at sykepleieren legger til et nikk eller rist på hodet, og et «jeg forstår», «ja», «så bra!» eller et «huff da». På denne måten vil Marit kunne få følelsen av at sykepleieren følger samtalen, og får med seg og forstår hva hun forteller. Sykepleieren bør også oppmuntre Marit til å snakke videre dersom hun stopper opp eller blir usikker underveis. Dette kan sykepleieren enkelt gjøre ved å legge inn et «ja, bare fortsett» eller «kan du si litt mer om det?» (Eide & Eide, 2012).

Gjennom sympati og medfølelse er sykepleierens oppgave å gjøre om medfølelsen til sykepleietiltak. Sympati og medfølelse i seg selv er ikke nok til å dekke behovene for sykepleie, og medfølelsen må derfor gjøres om til konstruktive og intelligente sykepleietiltak. Medfølelse videreutvikles til gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2014).

### 5.3 Sammen mot målet

Når man har gjennomgått de fire fasene er målet at man skal oppnå gjensidig forståelse og kontakt, også kalt menneske-til-menneske forholdet.

Gjennom sine samtaler med sykepleieren forteller Marit om en hverdag som til tider er vanskelig å takle. I de depressive periodene opplever hun at Gunnar sliter med lavt selvbilde og dårlig selvfølelse. Til tider har han selvmordstanker og er i fare for å skade seg selv. Hun opplever at han i disse periodene vender seg til henne som samtalepartner, og hun får innpass i situasjonen hans på en måte som gjør at hun kan hjelpe han. Hun ser lettere hvordan han begynner å komme ned i en depressiv periode, da de tidlige symptomene er så sterke. Ved å

---

endre medisiner og samtaleterapi kommer de gjennom de depressive periodene på en tilfredsstillende måte. Gunnar har god hjelp både i Marit og i sin terapeut i de depressive fasene av sykdommen, og kun noen få ganger er det nødvendig med en kortvarig innleggelse på sykehus for å komme seg over denne fasen.

De maniske fasene er vanskeligere å komme gjennom. Både fordi de kommer mer overraskende, og fordi Gunnar da er mer uforutsigbar i sin adferd. Her er det ikke like enkelt for Marit å oppdage de tidlige, da de varierer i større grad. Hun opplever Gunnar som urettferdig, han har storhetstanker, og han lar ikke Marit komme inn i livet sitt på samme måte som i de depressive periodene. I de maniske fasene skal han klare alt på egenhånd, og Marit føler at han ikke ser henne som den hjelperen hun kan være. Det oppleves sårende at han uttrykker at han ikke har behov for henne, og følelsene det gir gjør at hun i disse periodene til tider opplever avsky mot Gunnar. At han i tillegg har et økt seksuelt behov som hun føler hun ikke kan mestre, gjør at Marit føler en sterk utilstrekkelighet i de maniske fasene. Det er primært i denne fasen Marit føler et behov for hjelp og informasjon til hvordan hun skal takle hverdagen. I denne fasen er det ikke mulig å snakke fornuftig med Gunnar, og hun opplever til tider at det eneste som kan hjelpe er innleggelse på sykehus, til han er stabil nok til å komme hjem.

Det som gjør at Marit holder ut med Gunnar er de fasene der han hverken er depressiv eller manisk. I disse fasene er han en kjærlig mann, med stor omsorg for Marit og hennes situasjon. Han fungerer godt i hverdagen, han er på jobb og livet er ikke annerledes enn for andre par på deres alder. Han tar del i husarbeid, har god økonomisk innsikt og følger opp fritidsaktiviteter og vennegjengen. Marit beskriver han som en ektemann med mange morsomme og kjærlige påfunn.

Som vi har vist tidligere viser forskning at bipolar lidelse kan påvirke oppførsel så vel som kognitive funksjoner (Miller, 2006). Det er derfor forståelig at Marit opplever frustrasjoner i forbindelse med de maniske og depressive fasene til Gunnar. De pårørende innen psykiatrien ønsker å bli møtt med respekt og tillitt viser forskning (Borg, Haugård & Karlsson, 2012). Marit føler at hun ikke har blitt møtt på en god måte tidligere, og har derfor tatt kontakt med psykiatrisk helseteam i kommunen for hjelp. Her er målet at hun skal få den hjelpen og informasjonen hun trenger for å møte de utfordringene hverdagen byr på. Hun ønsker at de skal se på hennes situasjon, og ikke Gunnar sin. Derfor tar hun kontakt med en instans som ikke har så god kjennskap til Gunnar som hun opplever at de har på behandlingsinstitusjonen

hans. To ulike studier (Borowiecka-Karpiuk, Siwek & Jaeschke, 2014 og Cuhadar, Savas, Ünal & Gökpmar, 2014) viser at behovet for informasjon og opplæring hos pårørende til personer med bipolar lidelse er stort. Disse forskningene anbefaler tiltak som støttegrupper, opplæring og trening i problemløsende metoder. På denne måten kan man redusere de pårørendes belastninger i forholdet til en person med bipolar lidelse, og man kan bidra til å forhindre at de pårørende selv blir syke.

I denne fasen er sykepleierens oppgave å lette belastningen til Marit, samt gjøre hennes situasjon lettere å utholde. De tiltakene sykepleieren setter i gang skal være for å lette hverdagen til Marit, ikke gjøre den verre. Det kreves nøye struktur fra sykepleieren, og hun må sette seg godt inn i Marits situasjon for at hun skal være i stand til å kunne hjelpe henne med tiltak som har virkning. Sykepleieren må kunne anvende sine terapeutiske evner som er sterkt knyttet til sykepleierens personlighet. Disse evnene er noe sykepleieren innehar, og ikke noe som kan si noe om hvem hun er (Travelbee, 2014). Dette støttes også opp ved forskning vi har funnet, som sier at omsorgsgiveren kan oppleve psykiske symptomer selv (Steel, Maruyama & Galynker, 2009).

Når man har kommet så langt i prosessen ser Marit og sykepleieren på hverandre som to forskjellige individer heretter, og ikke som de stereotype rollene de hadde i det innledende møtet. Evnen til å se den andre som et menneskelig individ, verdsette personligheten og anerkjenne den andre er det som oppstår i denne fasen. Den tilliten som ble påbegynt og forsterket i sympati- og medfølelsesfasen, har nå gått over til en gjensidig trygghet til den andre. Gjensidig beundring kan være en del av gjensidig kontakt, men er ikke en forutsetning for et menneske-til-menneske forhold. Det er viktig at man ser på hverandre som tenkende, erfarende, opplevende og følende individer. Slik kommer den enkeltes personlighet til syne, og man blir verdsatt ut fra denne. Gjensidig forståelse og kontakt kjennetegnes ved at man øyeblikk vis opplever en gjennomtrengende, omsluttende ro og forståelse av hverandre. Det stadiet der man ikke kjente hverandre og brukte krefter på å kjenne den andre er over, og man kan bruke disse kreftene til mer konstruktive ting. Selvsagt kan det oppstå kommunikasjonsproblemer også i denne fasen, men de er sjeldne, og blir raskt løst opp i. Denne prosessen er ikke statisk, det er en dynamisk prosess, og den har mange spektre. Som sykepleier er man i stand til å oppnå gjensidig forståelse og kontakt på bakgrunn av kunnskaper, ferdigheter og erfaringer. Sykepleieren må også være i stand til å verdsette det unike i individet, føle omsorg og respondere på den hun skal hjelpe, i dette tilfellet Marit (Travelbee, 2014).

Gjensidig forståelse og kontakt må ikke forveksles med menneskekjærlighet. Man kan føle kjærlighet til andre mennesker, men ikke ha evner og viljen til å hjelpe det videre i livet. Det er mulig å oppleve gjensidig forståelse og kontakt uten at man har egne følelser med i samhandlingen. Det handler mest om viljen til forståelse og kontakt. Å omsette viljen til å hjelpe til handlinger, gjør at man oppnår gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2014).

Det er når man er kommet så langt inn i prosessen at man virkelig kan hjelpe den andre mot en bedre hverdag. Sykepleieren har nå et klart bilde av hvordan Marit opplever sin hverdag og sine utfordringer. Her kan sykepleieren komme inn med forslag til tiltak som kan gjøre hverdagen til Marit bedre. Man kan sammen finne alternative mestringsstrategier som er enklere å leve med enn de verktøyene Marit hadde i utgangspunktet. Sykepleieren bør ha gitt Marit god informasjon om hvilke utfordringer andre pårørende til personer med bipolar lidelse opplever, og anbefalt Marit å ta kontakt med et av støttesentrene til pårørende til psykisk syke.

## 6. Konklusjon

Formålet med vår oppgave var å sette økt fokus på de utfordringene pårørende til psykisk syke møter i hverdagen. Vårt hovedfokus ble pårørende til en person med bipolar lidelse type 1. Gjennom å lese teori, søke på forskningsartikler og gjennom praksis har vi sett og erfart at det er et stort behov for opplæring av pårørende til psykisk syke. Vi lagde en problemstilling som vi føler vi har besvart på en tilfredsstillende måte gjennom teori og drøfting. Vi har fått økt kunnskap om pårørendearbeid, og en god følelse av hvor det bør settes inn ressurser i samfunnet i forhold til forebyggende arbeid blant pårørende. For at Marit på en best mulig måte skal føle seg sett, hørt og ivaretatt av sykepleieren, må sykepleieren inneha kunnskaper om god kommunikasjon, relasjonsbygging og bipolare lidelser og dets utfordringer. I tillegg må sykepleieren ha et åpent sinn når det kommer til pårørendearbeid, slik at Marit føler seg ivaretatt i samtale.

Et godt første møte danner grunnlag for et godt videre samarbeid mellom Marit og sykepleieren. Det er ved dette første møtet Marit og sykepleieren danner seg en forståelse av hverandre. Det er derfor viktig at sykepleieren har satt av god tid til planlegging av det første møtet, samt til selve samtalen. Under samtalen må sykepleieren bevisst ta i bruk sin kommunikasjon for å vise at hun er lyttende, interessert og åpen for det Marit har å fortelle. Som Travelbee (2014) mener er det å se hverandre som unike individer, og ikke som stereotype roller, avgjørende for en god relasjon bygd opp av tillit, trygghet og respekt.

Gjennom litteraturen og forskningen har vi sett at personer med bipolar lidelse i en manisk fase kan skape mange utfordringer for de nærmeste pårørende. Spesielt i tilfelle når man er ektefellen til personen med bipolar lidelse, og er den som lever med og omgås personen hele tiden. Ved å ha lest pårørende historier, forskning og litteratur om hvordan en person i en manisk fase kan opptre, føler vi at vi har fått en forståelse for flere av utfordringene pårørende står ovenfor. Det er viktig at pårørende vet at de også kan få hjelp, støtte og veiledning, og at de ikke føler de blir stående alene med sin «kjære» og utfordringene ved den psykiske lidelsen. Ved å ha regelmessige samtaler, informasjonsmøter og opplæring, er vårt ønske at man kan forebygge psykiske og somatiske lidelser blant pårørende (Helsedirektoratet, 2008). Forskning støtter også opp under at pårørende til personer med bipolar lidelse selv kan bli syke (Steel, Maruyama & Galynker, 2009). Dette ser vi kan

trekkes til psykiske lidelser generelt, og ikke kun til bipolar lidelse som er fokuset i vår oppgave.

I vår praksis opplevde vi at pårørende ofte var inne til samtale sammen med pasienten, men sjeldent alene. Vi fikk følelsen av at pårørende ofte ikke fikk informasjon om hvilke rettigheter de innehar. De var ikke klar over at de også kan få hjelp dersom det er utfordringer, tanker og følelser de føler de trenger veiledning til å løse. Vi mener det vil være bedre for pårørende å få samtaler med helsepersonell som ikke kjenner til deres «kjære». Dette fordi den pårørende da er på en egen arena, hvor helsepersonellet ikke er farget av inntrykk fra personen med psykisk sykdom. Det kan derfor være enklere for den pårørende å være helt åpen og ærlig om sin egen situasjon.

Vi håper at vi gjennom å ha skrevet denne oppgaven, blir mer bevisste på våre holdninger ovenfor de pårørende. Med mer kunnskap om hvordan ta vare på de pårørende håper vi at vi blir mer bevisste på at de må tas hensyn i behandlingen av den psykisk syke. Vårt ønske er at det ikke skal være en stor barriere for pårørende å søke hjelp, og at man gjennom åpenhet kommer til løsninger som gjør hverdagen lettere for pårørende.

Vi mener at når alt kommer til alt skal man som sykepleiere møte et hvert menneske med anerkjennelse og respekt uavhengig om vedkommende er pasient, bruker, pårørende eller kollega.

## Litteraturliste

\*Aare, T. (2012). Behandling med lækjemiddel. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser*. (s. 267-302). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\*Borg, M., Haugård, E. & Karlsson, B. (2012). "Uten oss går det ikke" – pårørendes erfaringer med psykisk helse. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 8(1). 16-29. Lokalisert på <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2407/2232>

\*Borowiecka-Karpiuk, J., Dudek, D., Siwek, M. & Jaeschke, R. (2014). Spousal burden in partners of patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *Psychiatra Polska*. 48(4), 773-787. Lokalisert på <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=spousal+burden+in+partners+with+major>

\*Çuhadar, D., Savaş, H. A., Ünal, A. & Gökpınar, F. (2014). Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder. *Journal of Religion and Health*. <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-014-9919-y>

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Fasmer, O. B. & Ødegaard, K. J. (2012). Det bipolare spektrum. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser*. (s. 117-140). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\*Haver, B. (2012). Bipolar lidelse og suicidalitet. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser*. (s. 189-210). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\*Haavik, J. (2012). Nevrobiokjemiske funn ved bipolare lidelser. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser*. (s. 89-100). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\*Helsedirektoratet (2008). *Pårørende-en ressurs*. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. (IS-1512). Oslo: Direktoratet.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 § 21. (2015).



---

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Jamison, K.R. (1995). *Mitt urolige sinn*. Oslo: Hjemmets Bokforlag A/S.

\*Malt, U. (2014). *Depresjon*. Lokalisert 12. februar 2015 på <https://sml.snl.no/depresjon>

\*Malt, U. (2014). *ECT*. Lokalisert 12. februar 2015 på <https://sml.snl.no/ECT>

\*Miller, K. (2006). Bipolar disorder: Etiology, diagnosis and management. *American Academy of Nurse Practitioners*. 18. 368-373. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00148.x>

\*Pound, G. (2014). *Fakkeltog mot nedskjæringer i psykisk helsevern*. Lokalisert 11. februar 2015, på <http://www.mentalhelse.no/fylkes-og-lokallag/oslo/lokallag/stovner/nyheter/fakkeltog-mot-nedskjaeringer-i-psykisk-helsevern>

\*Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser*. (Rapport IS-1349). Oslo: Direktoratet.

\*Steel, A., Maruyama, N. & Galynker, I. (2009). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 121(1-2). <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.020>

\*Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Ødegaard, C. H., Syrstad, V. E. G. & Ødegaard, K. J. (2012). Å leve med bipolar sykdom. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser*. (s. 427-446). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\*Ødegaard, C. H. & Ødegaard, K. J. (2012). En pårørende forteller om å leve med en som har alvorlig bipolar lidelse. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser*. (s. 459-474). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\*Ødegaard, K. J. & Fasmer, O. B. (2012). Affektive temperamenter og personlighet ved bipolare lidelser. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser*. (s. 141-162). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\*Ødegaard, K. J., Høyersten, J. G. & Fasmer, O. B. (2012). Historisk utvikling, epidemiologi og klassifikasjon av bipolare lidelser. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser*. (s. 45-76). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

## Vedlegg 1

| Artikkel                                                                                          | Forfatter                                                                | Utgiver                               | År   | Data base      | Søkeord                                   | Treff                                   | Antall leste artikler | Antall utvalgte artikler | Dato     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------|----------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|--------------------------|----------|
| <i>“Uten oss går det ikke” – pårørendes erfaringer med psykisk helse</i>                          | Marit Borg, Ellinor Haugård & Bengt Karlsson                             | Nordisk Tidsskrift for Helseforskning | 2012 | Google Scholar | Funnet via referanseliste i annen oppgave | 2                                       | 1                     | 1                        | 20.01.15 |
| <i>Spousal burden in partners of patients with major depressive disorder and bipolar disorder</i> | Joanna Borowiecka-Karpiuk, Dominika Dudek, Marcin Siwek & Rafal Jaeschke | Psychiatria Polska                    | 2014 | PubMed         | «bipolar» AND «marriage»                  | 13 (begre nset til ikke eldre enn 5 år) | 3                     | 1                        | 15.01.15 |

|                                                                                           |                                                               |                                                                          |      |        |                                                            |                                       |   |   |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------|--------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---|---|--------------|
| <b><i>Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder</i></b> | Döndü Çuhadar, Haluk Asuman Savaş, Ahmet Ünal & Fatma Gökpmar | Journal of Religion and Health, Springer Science+Business Media New York | 2014 | PubMed | «bipolar» AND «disorder» AND «family» AND «functional ity» | 6 (begrenset til ikke elder enn 5 år) | 2 | 1 | 15.0<br>1.15 |
| <b><i>Bipolar disorder: Etiology, diagnosis, and management</i></b>                       | Kimberly Miller                                               | American Academy of Nurse Practitioners                                  | 2006 | PubMed | «bipolar» AND «communication» AND «relatives» AND «nurse»  | 6                                     |   |   | 15.0<br>1.15 |
| <b><i>Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A</i></b>     | Annie Steel, Nancy Maruyama & Igor Galynter                   | Journal of Affective Disorders                                           | 2009 | PubMed | «bipolar» AND «disorder» AND «caregiver» AND «burden»      | 85                                    | 4 | 1 | 27.0<br>2.15 |



