



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Nære pårørende til en person med bipolar lidelse**

**Being closely related to a person with bipolar disorder**

**Trine Andersen og Lena Eirin Sandvik**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 73**

**Molde, 14.04.16**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Trine Tafjord

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29.03.16

## Forord

*Eg ser at du e trøtt  
men eg kan ikkje gå  
alle skrittå for deg  
Du må gå de sjøl  
men eg vil gå de med deg  
Eg vil gå de med deg*

*Eg ser du har det vondt  
Men eg kan ikkje grina  
Alle tårene for deg  
Du må grina de sjøl  
Men eg vil grina med deg  
Eg vil grina med deg*

*Eg ser du vil gi opp  
Men eg kan ikkje leva  
livet for deg  
Du må leva det sjøl  
Men eg vil leva med deg  
Eg vil leva med deg*

*Eg ser at du er redd  
Men eg kan ikkje gå  
i døden for deg  
Du må smaka han sjøl  
Men eg gjer død til liv, for deg  
Eg gjer død til liv for deg  
Eg e død til liv for deg  
Eg har gjort død til liv for deg*

**(Bjørn Eidsvåg, 1983).**

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Psykiske lidelser er svært vanlig, og mellom 30-50 % av Norges befolkning vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Omtrent 40 000 personer lever med bipolar lidelse i dag. Når et menneske rammes av en sykdom, påvirker dette personens nærmeste pårørende.

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse erfaringer knyttet til det å være nære pårørende til en person med bipolar lidelse.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie basert på 9 kvalitative vitenskapelige artikler, 1 kvantitativ vitenskapelig artikkel, samt en med blandet metode.

**Resultat:** Sykdommen medførte store belastninger på pårørende. De opplevde manglende støtte og forståelse fra helsepersonell og fra andre i omgivelsene. Pårørende erfarte å inneha rollen som omsorgsgiver, der de måtte sette sine egne behov til side. Lidelsen hadde også innvirkning på relasjonen mellom pårørende og den syke, og de opplevde en bekymringsfull og uforutsigbar hverdag. For å kunne leve sammen med den syke, fant pårørende måter å håndtere hverdagen på.

**Konklusjon:** Denne systematiske litteraturstudien viser at det var en stor byrde å være nære pårørende til en person med bipolar lidelse, og at sykdommen medførte ulike konsekvenser og utfordringer i hverdagen.

**Nøkkelord:** Bipolar lidelse, pårørende, familie, ektefeller, erfaring

## **Abstract**

**Background:** Mental disorders are very common and between 30- 50 % of the population in Norway will suffer from a mental illness during life. Approximately 40 000 people are living with bipolar disorder today. When someone gets sick, it affects the people that are closest to them.

**Purpose:** The purpose of this study was to examine experiences of being closely related to a person with bipolar disorder.

**Method:** A systematic literature study based on 9 qualitative research articles, 1 quantitative research article and one with a mixed method.

**Results:** The illness caused great stress on relatives. They experienced lack of support and understanding from healthcare professionals, and from the people surrounding them. They got a role as a caregiver, where they had to put their own needs aside. The illness affected the relationship with their relative, and had negative impact on their daily life. They experienced great concern for the person who was ill, and for the future. In order to continue their life, the relatives found ways to cope with the disease.

**Conclusion:** This systematic literature study shows that relatives experience a heavy burden related to the disease, and it caused different consequences and challenges in daily life.

**Key words:** Bipolar disorder, relatives, spouses, family, experience

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Studiens hensikt.....	2
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn .....</b>	<b>3</b>
2.1	Bipolar lidelse.....	3
2.2	Mani.....	4
2.3	Depresjon.....	4
2.4	Hvem er pårørende? .....	5
2.5	Pårørende til kronisk syke .....	5
2.6	Sykepleieren og pårørende .....	6
<b>3.0</b>	<b>Metode.....</b>	<b>8</b>
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	8
3.2	Datainnsamling.....	9
3.2.1	P(IC)O- skjema .....	9
3.2.2	Søkeprosessen .....	10
3.3	Kvalitetsvurdering .....	12
3.4	Etiske hensyn.....	12
3.5	Analyse.....	13
<b>4.0</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>15</b>
4.1	Pårørendes opplevelse av manglende støtte .....	15
4.1.1	Fra helsepersonell.....	15
4.1.2	Fra familie, venner og bekjente.....	16
4.2	Å inneha rollen som omsorgsgiver .....	17
4.2.1	Relasjonen mellom pårørende og den syke.....	18
4.2.2	Bekymring for den syke og for fremtiden.....	19
4.2.3	Når byrden i hverdagen blir tung å bære.....	20
4.3	Å kunne leve med den syke.....	21
4.3.1	Håp om en bedre fremtid.....	21
4.3.2	Avstand i hverdagen.....	21
4.3.3	Akseptasjon .....	22
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>24</b>
5.1	Metodediskusjon .....	24
5.1.1	Datainnsamling og litteratursøk .....	24
5.1.2	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	26
5.1.3	Analyse.....	26
5.2	Resultatdiskusjon.....	27
5.2.1	Viktigheten av å inkludere pårørende i pasientomsorgen .....	27
5.2.2	Når pårørendes behov kommer i andre rekke .....	30
5.2.3	Bekymring og byrder i hverdagen.....	32
5.2.4	Å håndtere en utfordrende og uforutsigbar hverdag .....	34
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>37</b>
6.1	Forslag til videre forskning .....	38
	<b>Referanseliste.....</b>	<b>39</b>

**Vedlegg 1: Oversiktstabeller**

**Vedlegg 2: Søkehistorikk**

**Vedlegg 3: Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler**

**Vedlegg 4: Oversiktsplakat til analyse**

## **1.0 Innledning**

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

Psykiske lidelser er svært vanlig. Mellom 30-50 % av Norges befolkning vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Folkehelseinstituttet 2014), og av disse regnes det at om lag en av 100 nordmenn får bipolar lidelse. Omtrent 40 000 personer lever med bipolar lidelse i dag, og langt flere lever med lettere bipolar lidelse (Bipolarforeningen 2015). Psykiske lidelser utgjør en av de største helsemessige samfunnsutfordringer i dag, og verdens helseorganisasjon forventer at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land innen 2020 (Helsedirektoratet 2014).

Nedleggingen av de store institusjonene innen psykisk helsevern har medført et økt ansvar til kommunehelsetjenesten, og redusert behandlingstid i spesialisthelsetjenesten.

Konsekvensene av dette er at pårørende i større grad enn tidligere involveres i omsorgen for familiemedlemmer med psykiske vansker (Helsedirektoratet 2008). Dette kan være en av årsakene til at det bør bli økt fokus på pårørendes opplevelse og erfaringer når det kommer til psykiske lidelser.

Bipolar lidelse er en alvorlig kronisk sykdom med et tilbakevendende forløp. Et sykdomsforløp med gjentatte tilbakefall kan være utfordrende for pårørende. I enkelte situasjoner kan det oppstå utfordringer som det vil være vanskelig å forholde seg til, både praktisk og følelsesmessig. Derfor kan det være viktig å kartlegge og forsøke å forstå hvordan pårørende opplever og erfarer sin situasjon, slik at helsepersonell kan tilpasse sin støtte, omsorg og informasjon på en bedre måte (Bøckmann og Kjellevold 2015).

På bakgrunn av dette kan vi se betydningen av å belyse hvordan det er å være nære pårørende til en person med bipolar lidelse. Vi synes dette er et viktig og interessant tema som vi ønsket å få mer kunnskap om, slik at vi kan bli mer bevisst pårørendes perspektiv når en av deres nærmeste har en alvorlig psykisk lidelse. På denne måten kan vi få en økt forståelse for deres reaksjoner og følelser. Vi har selv både sett og erfart at pårørende er viktige ressurspersoner for pasienten. Dersom dette skal kunne fortsette, trenger pårørende naturlig nok og bli møtt i forhold til sine egne behov. Vi mener derfor dette bør få et økt fokus innen sykepleiefaget.



## ***1.2 Studiens hensikt***

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse erfaringer knyttet til det å være nære pårørende til en person med bipolar lidelse.

## 2.0 Teoribakgrunn

### 2.1 Bipolar lidelse

Bipolar lidelse tilhører gruppen affektive lidelser, som gir endring i humøret vårt eller stemningene våre. I sin mest alvorlige form, går stemningslidelser under begrepet ‘alvorlig sinnslidelse’, som i enkelte tilfeller brukes i forbindelse med bruk av tvang i psykiatrien. Årsakene til utvikling av bipolar lidelse kan være mange og sammensatte. Det kan være at biologiske, arvelige og psykososiale forhold spiller inn på utviklingen (Snoek og Engedal 2014).

Bipolar lidelse svinger mellom ytterpunktene mani og depresjon. Sykdommen er karakterisert med gjentakende svingende episoder, og kategoriseres som en alvorlig kronisk lidelse, da ca. 80 % av de som gjennomgår en manisk episode, vil oppleve en slik episode igjen (Snoek og Engedal 2014). Episodene kan komme med raske mellomrom, eller det kan gå flere år mellom. Ofte er de i en frisk fase mellom episodene, også kalt remisjonsfasen, der de er tilsynelatende symptomfrie (Hummelvoll 2014).

En kan dele bipolar lidelse grovt inn i to hovedgrupper, bipolar lidelse type 1 og bipolar lidelse type 2. Men det finnes også en gruppe, der symptomer fra både mani og depresjon forekommer samtidig (Snoek og Engedal 2014).

Type 1 ble tidligere kalte manisk depressiv lidelse. Her skifter alvorlige depressive episoder med tydelige maniske episoder. Pasienten er her åpenbart syk, og lidelsen er derfor lett å oppdage. De depressive symptomene er uttalte og alvorlige, og i den maniske perioden kan man helt miste realitetsforankringen (Hummelvoll 2014).

Ved bipolar lidelse type 2 er depresjonene alvorlige, mens de maniske episodene ikke er så tydelige, de er hypomane. I de hypomane periodene mister man ikke realitetsforankringen, men man kan ha mye energi (Hummelvoll 2014). Noen rammes av mani med påfølgende depressiv episode, mens noen kun rammes av depresjon (Snoek og Engedal 2014).

Behandling av lidelsen går ut på å forebygge tilbakefall, og i tillegg behandle svingningene når de oppstår. I den akutte fasen, er det symptomatisk behandling som gjelder. Ofte vil det bety antipsykotika ved de alvorlige maniene og antidepressiver ved en depressiv episode. Stabiliserende behandling er viktig for å unngå tilbakefall. Ubehandlet kan slike episoder vare i 4-6 måneder, mens noen blir raskt friske (Snoek og Engedal 2014).

## **2.2 Mani**

En manisk tilstand utpreger seg ved at en person er oppstemt i form av økt energi og aktivitet. Vanlig fornuft og impulskontroll kan settes til side, og tankene går på høygir (Snoek og Engedal 2014). Selvkritikken er ofte nedsatt, og man kan få ville ideer som settes til live. Mani deles inn i mild, moderat og alvorlig mani, alt etter konsekvenser og alvorlighetsgrad. I de alvorligste tilfellene kan pasienten få psykotiske symptomer. I tillegg kan daglige behov og personlig hygiene bli nedprioritert. Selvaktelsen er ofte stor, alt er mulig, og pasienten har derfor stor tro på seg selv og fremtiden. Mange kan også oppleves å være opphisset, aggressiv, eller ha en annen atferd som kan virke sosialt uakseptabel. Det kan derfor være vanskelig å rehabilitere seg personlig og sosialt etter en manisk episode. Det er likevel viktig å understreke at en manisk tilstand kan utarte seg ulikt hos forskjellige personer. Etter en manisk fase kommer ofte en tung depresjon, som preges av anger og fortvilelse (Hummelvoll 2014).

## **2.3 Depresjon**

Den depressive tilstanden kan vise seg ved at pasienten har mistet troen – troen på seg selv, andre mennesker, på livet og på en høyere makt. Man er ofte trist, tungsinnet, initiativløs, irritabel, og kan preges av angst. I tillegg kan vedkommende ha en følelse av håpløshet, verdiløshet, pessimisme, og lav selvaktelse. Pasienten kan ha nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet, slik at det blir vanskelig å utføre hverdagslige gjøremål (Hummelvoll 2014).

Kroppslige symptomer kan også inntre ved depresjon, som for eksempel nedsatt appetitt, søvnforstyrrelser, eller smerter og ubehag i kroppen. Alvorlig depresjon kan lede til suicidale tanker og selvskading, og mange kan føle seg som en byrde for andre. Hos personer med alvorlig sinnslidelse, og da ofte der det er tilbakevendende depressive episoder, er selvmordsfaren størst når pasienten er på vei ut av depresjonen og begynner å få initiativet tilbake, men fremdeles er deprimert (Snoek og Engedal 2014). Mellom 15 og 20 % diagnostisert med bipolar lidelse dør av suicid, noe som er et høyere antall enn ved andre psykiatriske lidelser (Ødegaard, Høyersten og Fasmer 2012).

## **2.4 Hvem er pårørende?**

Helsepersonell og helsetjenesten har rettslige plikter overfor pasientens nærmeste pårørende, samtidig som pårørende selv har rettigheter og oppgaver. Derfor er det viktig å avklare hvem som er pasientens nærmeste pårørende. Det er i utgangspunktet pasienten selv som bestemmer dette, og som regel vil det da være personer som har tilknytning til familien. Pasientens nærmeste pårørende er altså mennesker som står han nærmest når sykdom og vanskelige livssituasjoner inntreffer. Det er som regel de som deler hverdagen med den syke, og som dermed kjenner pasienten best. Når sykdom rammer, blir pårørende derfor viktige støtte- og omsorgspersoner for pasienten (Bøckmann og Kjellevold 2015).

Hvem som har status som pårørende i forhold til helsetjenesten er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b (Bøckmann og Kjellevold 2015).

Hovedregelen er at pasienten selv utpeker pårørende og sin nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til eller ikke ønsker å oppgi nærmeste pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten. Det skal da tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre, søsken over 18 år, besteforeldre, eller familiemedlemmer som står pasienten nær (Bøckmann og Kjellevold 2015, 59).

## **2.5 Pårørende til kronisk syke**

Kronisk sykdom er en konstant, langvarig eller tilbakevendende sykdomstilstand. Når et menneske rammes av en kronisk sykdom, endrer livet seg. Dette gjelder ikke bare for den som blir syk, men også for familien, da sykdommen griper inn i dagliglivet (Gjengedal og Hanestad 2007). Pårørende er ofte den nærmeste omsorgspersonen til den som blir syk, og derfor møter pårørende mange utfordringer hvis noen nær er langvarig syk. De kan være svært stresspreget og oppleve store følelsesmessige belastninger. Spesielt et sykdomsforløp som har gjentatte tilbakefall kan være svært utfordrende for pårørende (Bøckmann og Kjellevold 2015).

Noen tilpasser seg og mestrer sin rolle som pårørende, mens andre har vanskeligheter med å håndtere situasjonen (Bøckmann og Kjellevold 2015). For at pårørende skal kunne være en ressurs for den syke, avhenger dette av hvordan de mestrer sin situasjon. Dette kan ha nær sammenheng med om personen opplever den som belastende eller ikke. Vi mennesker er forskjellige, og kan ha varierende evne til å takle stress og utfordringer vi møter på i livet. Mestring kan beskrives som fysiske og psykiske strategier som personen benytter for å håndtere en utfordrende situasjon eller livshendelse på best mulig måte (Kristoffersen 2012).

## **2.6 Sykepleieren og pårørende**

Pårørende kan inneha ulike roller overfor den som er syk, og de vil ha ulike funksjoner og forutsetninger. Hvilken rolle pårørende innehar kan ha stor betydning for samhandlingen med sykepleiere og annet helsepersonell (Bøckmann og Kjellevold 2015).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere blir det beskrevet at sykepleieren skal samhandle med pårørende, og vise dem respekt og omtanke. Man skal også behandle deres opplysninger med fortrolighet, og ivareta deres rettigheter, som for eksempel pårørendes rett til informasjon (Norsk sykepleierforbund 2011).

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee har også inkludert pårørende i sin definisjon av sykepleie:

*Sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien, eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999, 41).*

Travelbee er dermed med på å understreke viktigheten av at også familien blir inkludert og verdsatt i utøvelsen av sykepleie. Hun mente at siden den syke er et medlem av en familie, vil det som skjer med den ene i familien, også ha innvirkning på de andre. En sykepleier som overser den sykes familie fordi hun er ansatt for å ta seg av den syke, og ikke de besøkende, lurer seg selv, i følge Travelbee (1999).

Som sykepleier kan man møte pasienter med psykiske lidelser over alt innenfor helsesektoren. Bak hver pasient finnes pårørende som bidrar, bryr seg, og som også har behov for å bli møtt på lik linje med pasienten. Pårørende kan være viktige ressurspersoner som kan inneha betydningsfull informasjon, og som kan være gode medhjelpere for sykepleierne, og andre innenfor helsetjenesten (Bøckmann og Kjellevold 2015).

### **3.0 Metode**

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Dette innebærer å gjennomføre et systematisk søk i ulike databaser, å finne relevante vitenskapelige artikler, å granske disse kritisk, for deretter å sammenfatte aktuell litteratur innenfor et valgt problemområde (Forsberg og Wengstrøm 2013).

I følge retningslinjene for bacheloroppgaven til Høgskolen i Molde (2015) er det viktig å beskrive hvert steg i metoden så detaljert at den skal kunne gjentas av andre. Vi vil derfor gi en beskrivelse av søkeprosessen, kvalitetsvurdering, etiske hensyn, og hvordan vi analyserte vårt datamateriale.

#### ***3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier***

Litteratursøket skal i følge retningslinjene for bacheloroppgaven til Høgskolen i Molde (2015) avgrenses ved hjelp av eksklusjons- og inklusjonskriterier. Før vi startet søkeprosessen laget vi en liste med ulike krav som artiklene måtte oppfylle for å bli inkludert i vår litteraturstudie, samt en liste med kriterier som kunne utelukke artikler som ikke var aktuelle for vår hensikt.

##### **Inklusjonskriterier:**

- Kvalitative artikler
- Artikler publisert fra 2010 til 2016
- Artikler skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk
- Pårørendeperspektiv
- Etiske overveielser skal være beskrevet
- Originalartikler
- Nære pårørende/familie over 18 år

##### **Eksklusjonskriterier:**

- Pasient- eller sykepleieperspektiv
- Review artikler
- Barn som pårørende
- Artikler uten etiske overveielser

## 3.2 Datainnsamling

Vi bestemte oss for tema høsten 2015. Deretter begynte vi å lese oss opp om tema, i tillegg til å planlegge søkene våre for å finne relevant forskning. Vi utarbeidet et foreløpig po - skjema med søkeord vi mente kunne være relevante. Vi var begge ganske uerfarne når det kom til valg av søkeord, og videre søkestrategi. Vi bestilte derfor en time til bibliotekar for veiledning. Dette gjorde det enklere for oss å finne riktige søkeord, i tillegg til at vi fikk gode råd om hvordan vi kunne kombinere disse på en hensiktsmessig måte.

### 3.2.1 P(IC)O- skjema

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse erfaringer knyttet til det å være nære pårørende til en person med bipolar lidelse. Et PICO- skjema deler opp problemstillingen og/eller hensikten, slik at disse struktureres på en fornuftig og oversiktlig måte. Dette resulterte i at vi fikk utarbeidet søkeord som skapte grunnlaget for søkingen (Nortvedt et al. 2012).

Da vi ikke var ute etter tiltak eller sammenligning av tiltak, bestemte vi oss for å lage et PO- skjema. ”P” står for pasientgruppe og gir svar på hvilken type pasient eller pasientgruppe det er snakk om. I vårt tilfelle er dette nære pårørende til personer med bipolar lidelse. Vi endte derfor opp med søkeordene bipolar disorder, relatives, spouse\*, family, care\* og living with. ”O” står for hvilket utfall vi vil ha, eller hva vi er på utkikk etter. Hensikten vår ville belyse erfaringer, som resulterte i søkeordene experience\*, perception og impact.

Tabell 1:

P	O
<b>Bipolar disorder</b> <b>Relatives</b> <b>Spouse*</b> <b>Family</b> <b>Care*</b> <b>Living with</b>	<b>Experience*</b> <b>Perception</b> <b>Impact</b>



### 3.2.2 Søkeprosessen

I Nortvedt et al. (2012) står det tydelig beskrevet hvordan man kan gjøre et strategisk søk. Vi søkte derfor veiledning i denne boken, også når det kom til hvilke databaser vi skulle benytte i søket vårt. Da vi hadde søkeordene og inklusjons- og eksklusjonskriteriene klare, startet vi å søke i november 2015.

For å sette sammen ulike søkeord, brukte vi boolske operatører. Dette vil si å bruke kombinasjonsordene OR og AND. OR utvidet søket vårt, da det kommer frem treff med ENTEN det ene ELLER det andre ordet. AND avgrenset søket ved å gi treff der alle søkeordene med AND mellom seg ER med (Nortvedt et al. 2012).

Vi hadde ulike begrensinger i søkene våre. I våre første søk valgte vi å avgrense søkene til kvalitativ forskning. Å avgrense søket på denne måten vil si å bruke ”clinical queries”. Clinical queries brukes til å avgrense søket ned til enkeltstudier relatert til hvilket kjernespørsmål vi ønsket. Vi var ute etter pårørendes erfaringer, og kvalitativ metode var derfor mest velegnet til å besvare vår hensikt (Nortvedt et al. 2012).

Vi valgte å bruke trunkering (\*) på noen av søkeordene våre. Dette innebærer å søke på stammen av ordet, for å få ulike endelser av det. Dette åpnet for et bredere søk. Under søkingen brukte vi tekstord i alle databasene vi søkte i. Tekstord, også kalt fritekstord eller nøkkelord, er ord som finnes i innholdet i studien, som i tittel, abstrakt eller i selve artikkelen. I OVID søkte vi på tekstord, med mulighet for å søke med emneord, også kalt MeSH- term, altså Medical Subject Headings. Dette gjorde at vi fikk opp ord som beskriver innholdet i artiklene, og gjorde at vi ikke trengte å tenke på synonymer til søkeordene våre (Nortvedt et al. 2012).

Under søkeprosessen leste vi overskrifter og sammendrag for å få et innblikk i om artiklene kunne være relevante for vår hensikt. Denne søkeprosessen dannet grunnlaget for vårt datamateriale, og vi endte opp med 9 kvalitative artikler, 1 kvantitativ artikkel, samt en av både kvalitativ og kvantitativ metode. Nedenfor beskrives valg av databaser og søkene vi gjennomførte. Henviser til vedlegg 2 for utfyllende søkehistorikk og sammensetning av søkeord.

## **OID MEDLINE:**

Vi valgte å starte søket i høst på Ovid medline, da dette er den største databasen innen blant annet medisin og sykepleie (Nortvedt et al. 2012).

24.11.2015 utførte vi et søk, som fikk 189 treff. Vi valgte å inkludere 3 artikler til vår studie fra dette søket av forfatterne Jönsson et al. (2011), Maskill et al. (2010) og Delmas et al. (2011).

## **OID PSYCINFO**

Vi valgte å benytte denne databasen, da den innehar studier innenfor psykologi, psykiatri og sykepleie (Nortvedt et al. 2012).

26.11.2015 gjennomførte vi vårt første søk her og fikk 274 treff. Ut i fra dette søket, valgte vi å inkludere 2 artikler av Tranvåg og Kristoffersen (2008) og van der Voort, Goossens og van der Bijl (2009).

03.12.2015 gjorde vi nok et søk. Her fikk vi 365 treff og inkluderte studien av Goossens et al. (2008).

Vi utførte et siste søk 20.02.2016. Her fikk vi 115 treff og valgte å inkludere en artikkel til vår litteraturstudie (Granek et al. 2016).

## **PROQUEST**

Da ProQuest er en database for tidsskrifter innen blant annet medisin og helse, valgte vi å gjøre et søk her.

Søket vi gjennomførte her 04.12.2015 resulterte i 309 treff, og vi valgte å inkludere en artikkel i vår studie (Bauer et al. 2011).

## **CINAHL**

Cinahl er en database som dekker ulike fagområder innen sykepleie, og vi mente derfor denne databasen kunne inneha studier som var relevante for vår hensikt (Nortvedt et al. 2012).

Vi gjorde et søk 02.12.2015 og fikk 353 treff. Vi valgte å inkludere studiene av Ganguly, Chadda og Singh (2010), Rusner et al. (2012) og Rusner et al. (2013).

### **3.3 Kvalitetsvurdering**

Vi hadde et utvalg på 17 artikler som vi måtte kvalitetsvurdere, for å se hvilke som hadde tilfredsstillende kvalitet for å kunne bli inkludert i vår studie. Når det gjennomføres en studie, er det ikke forskeren selv som avgjør om artikkelen skal publiseres. Det er vanlig at vitenskapelige tidsskrifter anvender minst to uavhengige eksperter innen forskningsområdet, som gransker studiens innhold og kvalitet. Ut i fra denne vurderingen, blir det avgjort om den skal publiseres eller ikke. Det er dette som ligger i begrepet refereevurdert (Forsberg og Wengstrøm 2013).

For å kontrollere at artiklene vi har inkludert i vår litteraturstudie er refereevurdert, søkte vi opp tidsskriftet studien var publisert i, eller studiens ISSN/ISBN nummer på Norsk senter for forskningsdata sine nettsider. Ved hjelp av dette kunne vi også se om tidsskriftet hadde publiseringsnivå 1 eller 2, der nivå 2 har særlig høy prestisje (NSD 2016). Ti av våre artikler er publisert i et tidsskrift med publiseringsnivå 1, og en i et tidsskrift med publiseringsnivå 2.

Selv om man har undersøkt tidsskriftets publiseringsnivå, er det likevel viktig å vurdere andre sider ved studien. Dette innebærer en vurdering av artikkelens gyldighet, resultater, metodiske kvalitet og overførbarhet (Nortvedt et al. 2012 ). Videre i kvalitetsvurderingen, benyttet vi oss derfor av sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler utarbeidet av Kunnskapssenteret. Vi brukte sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning, i tillegg til sjekklister for vurdering av en prevalensstudie (Kunnskapssenteret 2006, Kunnskapssenteret 2014). Her svarte vi ja, uklart eller nei på spørsmålene, og kommenterte der det var nødvendig. Se vedlegg 3 for eksempler på hvordan vi utfylte sjekklistene. Ut ifra denne vurderingen, merket vi artiklene med ulike kvalitetsnivå i rangeringen tilstrekkelig god, god, og meget god kvalitet. Samlet ut ifra denne vurderingen kom vi fram til de 11 artiklene vi ønsket å inkludere i vår studie (Vedlegg 1).

### **3.4 Etiske hensyn**

Å gjøre etiske overveielser innebærer å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer et bestemt arbeid medfører, og hvordan man kan håndtere disse. Dette blir blant annet sett på som en forutsetning for å ivareta et godt forhold til de personene som stiller opp med sine

egne erfaringer og opplevelser innen forskning. Det er derfor opprettet ulike forskningsetiske komiteer for å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning (Dalland 2012). Selv mener vi pårørende til personer med bipolar lidelse kan være en sårbar gruppe, og at det derfor skal ta hensyn til etiske aspekter ved deltagelse i en studie. Dette understøttes også av De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014), som skriver at det er svært viktig at forskning foregår på måter som er etisk forsvarlige. Dette innebærer blant annet at forskeren skal ha innhentet frivillig informert samtykke fra deltagerne, og at personlige opplysninger om informantene skal behandles konfidensielt.

I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) er det viktig at inkluderte studier har fått godkjenning av en etisk komité, eller at det er gjort etiske overveielser.

Alle våre inkluderte artikler har tydelige beskrevet etiske overveielser. Ti av våre elleve artikler er godkjent av en etisk komité. I den siste artikkelen, har forfatteren selv ment dette ikke var nødvendig, da samtlige deltagere deltok frivillig, var friske mennesker, og dermed uten spesifikk sårbarhet. Selv om artikkelen ikke er fremstilt for en etisk komité, måtte alle deltagerne gi skriftlig samtykke, og fikk god informasjon om at deres identitet ble holdt skjult. De ble informert om at deltagelsen var frivillig, og at de kunne trekke seg uten konsekvenser.

### **3.5 Analyse**

Å analysere innebærer å dele opp datamaterialet i mindre deler, for så å undersøke alle delene hver for seg. Deretter skal man begynne å syntetisere funnene til en helhet. I følge Forsberg og Wengstrøm (2013), er det et krav at analysen skal presenteres så detaljert at det er mulig for leseren å følge prosessen og granskningsarbeidet. Vi har valgt å bruke Evans (2002) fire faser i analysearbeidet. Dette innebærer:

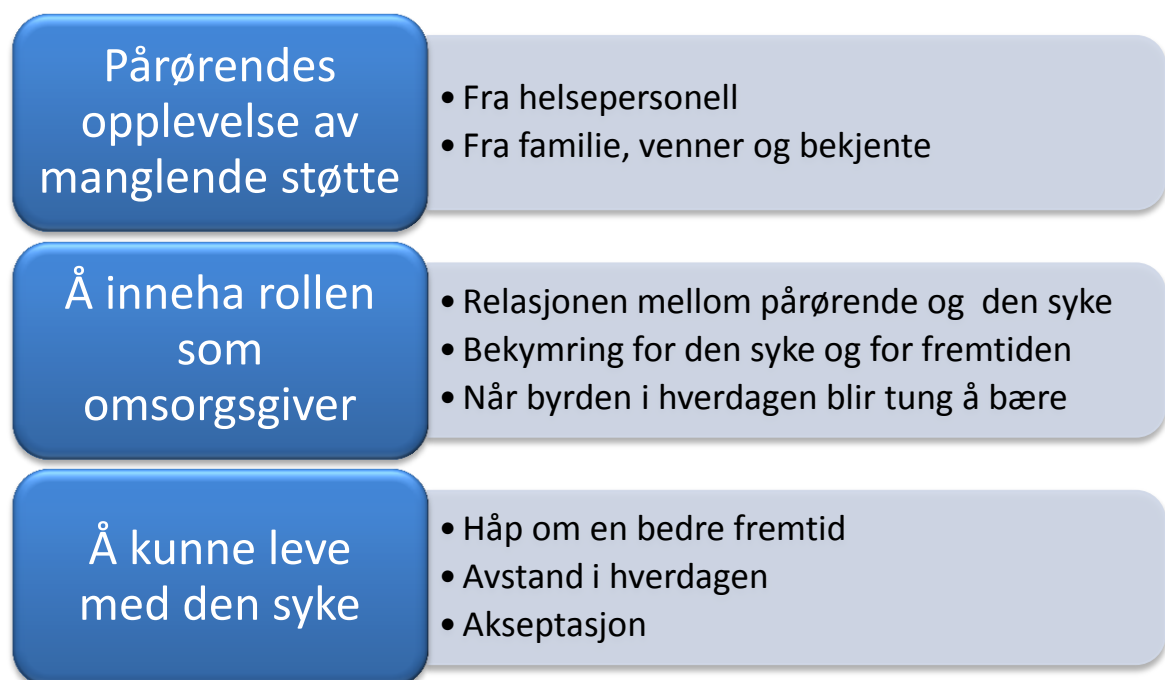
1. Å samle relevante studier.
2. Å identifisere nøkkelfunnene i hver artikkel.
3. Å kartlegge likheter og ulikheter på tvers av studiene.
4. Å sammenfatte gjentakende funn til et helhetlig resultat.

Vi tok utgangspunkt i inklusjonskriteriene, kvalitetsvurderingen, og valgt hensikt før vi kom fram til de 11 artiklene vi har inkludert i vår litteraturstudie. Deretter leste vi artiklene nøye hver for oss.

Vi identifiserte hovedfunnene i studiene, og skrev disse ned på et eget ark. Vi nummererte artiklene fra 1-11, og brukte fargekoder for at det skulle bli enklere å kartlegge likheter og ulikheter på tvers av studiene. Vi så etter hvert hvilke funn som gikk igjen, og bestemte oss derfor for å lage en stor oversiktsplakat med ulike hovedtema som kunne presentere forskjellige nøkkelfunn i artiklene. Dette gjorde det enklere for oss å systematisere resultatet i de ulike studiene, og på denne måten skape mer orden rundt arbeidet med analysen. Se vedlegg 4 for hvordan vi systematiserte funnene i artiklene.

I analysens siste fase sammenfattet vi de mest gjentakende funn til et mer helhetlig resultat, ved å kategorisere de i hovedtema med tilhørende undertema. Med utgangspunkt i disse skrev vi ned de ulike funnene til en sammenhengende tekst, der vi gikk mer detaljert inn i de ulike temaene for å få en bedre beskrivelse og forståelse av resultatet.

Hovedtemaene vi kom frem til var: Pårørendes opplevelse av manglende støtte, å inneha rollen som omsorgsgiver, og å kunne leve med den syke.



Figur1 som viser hovedfunn med tilhørende undertema.

## **4.0 Resultat**

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse erfaringer knyttet til det å være nære pårørende til en person med bipolar lidelse. Under resultat vil vi beskrive de ulike funnene vi har kommet fram til gjennom analysering av vårt datamateriale.

### ***4.1 Pårørendes opplevelse av manglende støtte***

#### **4.1.1 Fra helsepersonell**

I flere av våre artikler kommer det fram at pårørende følte de hadde for lite kunnskap om sykdommen, og de opplevde mangel på informasjon og støtte fra helsepersonell (Bauer et al. 2011, Delmas et al. 2011, Maskill et al. 2010, Jönsson et al. 2011, van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009, Rusner et al. 2013, Rusner et al. 2012, Tranvåg og Kristoffersen 2008). I enkelte tilfeller ga pårørende uttrykk for at de følte seg oversett og ekskludert av helsevesenet i en allerede vanskelig livssituasjon. De følte seg utelatt fra behandlingsforløpet til sine kjære (Rusner et al. 2012 og Tranvåg og Kristoffersen 2008).

En pårørende gir uttrykk for sin opplevelse:

”I have almost no communication with the people treating her. I feel as if they’re saying: ‘you’re an outsider, we’re the professionals; you must just stay out of it ‘ (Tranvåg og Kristoffersen 2008, 9).

I studien til Maskill et al. (2010) kom det fram at pårørende erfarte begrensede tilbud og tjenester til pasienter med bipolar lidelse, og de opplevde at helsevesenet var raske med å utskrive pasienten, selv om helsetilstanden fortsatt var betydelig svekket. De erfarte også liten forståelse fra helsepersonell når det kom til symptomene til den syke. På grunn av mangel på støtte fra helsepersonell, følte pårørende seg alene med ansvaret for den syke (Maskill et al. 2010, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009). En ektefelle beskriver sin misnøye:

And then you think about the support you can expect from the medical world: it is not much they have to offer. They hardly are giving any support. In the end, you

are the only one, you are responsible, you have to drag her to them every time and it does not do any good (van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009, 440)

Pårørende beskrev det som vanskelig å få umiddelbar tilgang til hjelp i en akutt situasjon. Å måtte bestille time til et psykiatrisk akuttmottak når personen med bipolar lidelse var suicidal, gjorde pårørende både sinte og frustrerte. Enkelte erfarte at det var mangelfull informasjon når det kom til hva som kan gjøre livet til pårørende mer overkommelig. De opplevde at helsepersonell ikke forsto hva det betyr for pårørende at tiden pasienten tilbringer på sykehus, kun er for en kort periode av livet til den syke (Rusner et al. 2012).

Til tross for dette, var det også enkelte studier hvor det i tillegg kom frem positive erfaringer hos pårørende, når det gjaldt opplevelse av støtte fra helsepersonell. Dette kunne dreie seg om enkeltpersoner i helsevesenet som hadde blitt oppfattet av pårørende som hjelpsom og støttende, eller andre positive opplevelser der pårørende erfarte å bli tatt på alvor (Rusner et al. 2013, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Maskill et al. 2010, Delmas et al. 2011).

En pårørende gir uttrykk for sin positive opplevelse på følgende måte:

“It’s a great department. Fine, professional people, always smiling and helpful. I’m treated well “ (Tranvåg og Kristoffersen 2008, 9).

#### **4.1.2 Fra familie, venner og bekjente**

I flere studier ble det belyst erfaringer fra pårørende om at sykdommen til deres familiemedlem hadde negativ innvirkning på sosiale sammenkomster, og på forholdet til familie, venner og bekjente. Stigmatisering og manglende forståelse fra andre var noe som preget pårørendes hverdag. Dette førte til sosial tilbaketrekking og redusert sosialt nettverk (Bauer et al. 2011, Ganguly, Chadda og Singh 2010, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009, Jönsson et al. 2011, Maskill et al. 2010, Rusner et al. 2012). Slekt og venner sluttet å ringe eller å komme på besøk, og pårørende følte seg derfor forlatt i en vanskelig tid, der støtte fra familie og venner ble sett på som særlig viktig (Rusner et al. 2012). I studien til Tranvåg og Kristoffersen (2008) beskrev pårørende

ubehaget av å oppleve hvordan den syke ble et samtaleemne blant venner og naboer. Det oppsto rykter, som ble beskrevet av pårørende som en stor tilleggsbelastning.

En pårørende gir uttrykk for sin fortvilelse:

It was hurtful to experience the gossip. Behind shop shelves, at Sunday parties: He's crazy! Our friends just vanished. When important people abandon you, it really gets to you and undermines your identity, and I feel as I'm the one being abandoned by them. And then; just silence (Tranvåg og Kristoffersen 2008, 9).

I studien til Rusner et al. (2012) kom det fram at det å være i familie til en person med bipolar lidelse, innebærer å bli berørt av de samme sosiale konsekvensene som den syke. Sykdommen gjør det vanskelig for familiemedlemmene å møte andre mennesker. Sosial tilbaketrekking ble sett på som en kompensasjon for å slippe å forholde seg til konsekvensene av den manglende forståelsen blant venner og kollegaer.

En pårørende uttrykte seg på følgende måte:

“We don't like to have people come around in case they see him all agitated or miserable and we've found people don't really understand “ (Maskill et al. 2010, 539).

## ***4.2 Å inneha rollen som omsorgsgiver***

Det var et sterkt ønske hos pårørende å støtte sitt familiemedlem, slik at han/hun kunne klare å mestre dagliglivet på best mulig måte (Jönsson et al. 2011). Pårørende erfarte å innta rollen som omsorgsgivere overfor den syke. Å tilfredsstillte behovene til sin kjære ble en prioritet, mens deres egne behov kom i andre rekke (Ganguly, Chadda og Singh 2010, Jönsson et al. 2011, van der Voort, Goossens og van der Bijl 2009, Granek et al. 2016, Rusner et al. 2012, Rusner et al. 2013).



#### 4.2.1 Relasjonen mellom pårørende og den syke

Når det kom til relasjonen til den syke, var ensomhet noe som preget pårørendes erfaringer. Det oppsto rolleforandringer, og pårørende savnet muligheten til å kunne dele tanker, følelser, og andre viktige aspekter i dagliglivet med sine kjære (Bauer et al. 2011, Goossens et al. 2008, Rusner et al. 2012, van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009, Tranvåg og Kristoffersen 2008). I studier der pårørende var ektefeller, kom det fram at de følte seg ansvarlig for hverdagslige plikter, husarbeid, og for oppdragelsen av barna. De måtte også forsikre seg om at partneren tok sine foreskrevne medisiner (Goossens et al. 2008, Van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009, Granek et al. 2016). Enkelte pårørende beskrev seg selv som en bærebjelke i forholdet med den syke, og følte seg ansvarlig for å skape stabilitet i kaotiske situasjoner (Rusner et al. 2012).

Pårørende opplevde det som vanskelig at deres familiemedlem trakk seg tilbake og isolerte seg i dårlige perioder. Relasjonen mellom ektefeller ble preget av mindre fysisk kontakt og intimitet. Dette ledet til at de følte seg ekskludert fra forholdet til den syke, som igjen ledet til ensomhet og en opplevelse av sorg (Granek et al. 2016, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Rusner et al. 2012, Van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009).

En ektefelle beskriver sin opplevelse:

It is not possible to be in contact with him, no. No matter how hard you want to. No matter how much you fight for it. No, that is the worst of it, I think. That causes so much grief and pain...The being alone... (Van der Voort, Goossens og van der Bijl 2009, 437).

Enkelte pårørende hadde også positive erfaringer når det kom til hvordan sykdommen hadde påvirket relasjonen til sitt familiemedlem. De opplevde å komme nærmere sin kjære, økt kjærlighet, og beundret måten den syke hadde taklet sykdommen på (Maskill et al. 2010, Ganguly, Chadda og Singh 2010, Granek et al. 2016). En pårørende gir uttrykk for dette på følgende måte:

“I think possibly the trust between us is even stronger, the love even deeper, the admiration even more” (Maskill et al. 2010, 538).

#### **4.2.2 Bekymring for den syke og for fremtiden**

Et sterkt funn i vår studie var at pårørende opplevde en bekymringsfull hverdag. Dette dreide seg først og fremst om bekymring knyttet til symptomene og atferden til den syke, i tillegg til bekymring for hva fremtiden vil bringe (Bauer et al. 2011, Delmas et al. 2011, Goossens et al. 2008, Ganguly, Chadda og Singh 2010, Granek et al. 2016, Maskill et al. 2010, Jönsson et al. 2011, Tranvåg og Kristoffersen 2008 og Rusner et al. 2012).

Mange ubesvarte spørsmål knyttet til sykdommen og framtidsutsiktene skapte usikkerhet og bekymring hos pårørende. Enkelte var bekymret for hvem som skulle ta seg av den syke, dersom de selv ikke lenger var til stede (Ganguly, Chadda og Singh 2010, Jönsson et al. 2011). Bekymring for fremtiden var også knyttet til sykdommens uforutsigbare forløp, og usikkerhet knyttet til lidelsens utfall. En anerkjennelse av at symptomene til sitt familiemedlem ikke bare var et engangstilfelle, men utgjorde en risk for flere episoder, forsterket bekymringen hos pårørende. Det samme gjaldt dersom pårørende følte det ikke var håp for bedring hos den syke (Granek et al. 2016, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Jönsson et al. 2011). Redsel for suicid hos sine kjære, var også noe som preget pårørendes hverdag (Rusner et al. 2012). I studien til Bauer et al. (2011) kom det fram at pårørende som hadde erfart et selvmordsforsøk hos den syke var mer bekymret, enn pårørende som ikke hadde denne opplevelsen.

I noen studier ble det belyst at pårørende erfarte å innta en vaksom holdning når det kom til symptomer og endring i atferden til person med bipolar lidelse. Pårørende beskrev dette som å være et steg foran den syke, slik at de kunne forutse og avverge eventuelle problemer som måtte oppstå (Jönsson et al. 2011, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Rusner et al. 2012).

En pårørende beskrev dette på følgende måte:

“I was sort of always on guard, using my thinking capacity and trying to keep one step ahead of him, to stop him doing things that would cause irreparable harm” (Tranvåg og Kristoffersen 2008, 9)

### 4.2.3 Når byrden i hverdagen blir tung å bære

I flere studier kom det fram erfaringer fra pårørende om at sykdommen til deres familiemedlem hadde negativ innvirkning på familien og dagliglivet, og de beskrev en situasjon som kunne gjøre det vanskelig for pårørende å fungere som normalt. Enkelte følte at alt kretset rundt den syke og lidelsen, og de opplevde et konstant omsorgsansvar overfor sin nærmeste. Dette kunne innebære en følelse av og hele tiden måtte være tilgjengelig for den syke, noe som førte til at de ikke fikk tid til seg selv og sine egne behov (Goossens et al. 2008, Granek et al. 2016, Ganguly, Chadda og Singh 2010, Rusner et al. 2012, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Maskill et al. 2010, Jönsson et al. 2011, van der Voort, Goossens og van der Bijl 2009).

Sykdommen ledet også til følelser og reaksjoner hos pårørende, som frustrasjon, usikkerhet, sorg, skam og skyldfølelse. Enkelte begynte å betvile sin egen atferd overfor den syke, og noen var engstelige for at de selv kunne ha gjort noe som forårsaket oppførselen eller symptomene til personen med bipolar lidelse (Bauer et al. 2011, Granek et al. 2016, Ganguly, Chadda og Singh 2010, Rusner et al. 2012, Jönsson et al. 2011, van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009, og Tranvåg og Kristoffersen 2008).

I studien til Rusner et al. (2012) beskrev pårørende en livssituasjon som overskygges av sykdommen, og de opplevde å måtte endre sitt syn på hva et normalt liv innebar. Pårørende følte seg maktesløs med tanke på hvordan lidelsen hadde påvirket den syke, i tillegg til de negative konsekvensene relatert til deres eget liv og helse (Jönsson et al. 2011). For enkelte ble byrden for tung å bære, og kunne lede til at pårørende ble utbrent eller deprimert (Bauer et al. 2011, Maskill et al. 2010, Rusner et al. 2012, Granek et al. 2016, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Ganguly, Chadda og Singh 2010, Goossens et al. 2008).

En ektefelle forteller:

“I was totally worn out. I was given medication for a while to get back on my feet”  
(Tranvåg og Kristoffersen 2008, 9).

En annen pårørende beskriver sin situasjon:

''This is not year one, this is year twenty one and I am exhausted with it mentally and physically'' (Maskill et al. 2010, 539).

### **4.3 Å kunne leve med den syke**

#### **4.3.1 Håp om en bedre fremtid**

Hos flere pårørende kom det fram at det å ha håp om en bedre fremtid ble svært viktig for å kunne håndtere hverdagens utfordringer (Jönsson et al. 2011, Ganguly, Chadda og Singh 2010 og Tranvåg og Kristoffersen 2008). Dette kunne innebære et håp om at sykdommen skulle stabilisere eller forbedre seg, i tillegg til håp om en fremtid der de ikke må gå rundt med en konstant bekymring overfor den syke (Jönsson et al. 2011).

Familiemedlemmene beskrev et ønske om å møte andre mennesker med lignende erfaringer i framtiden, i tillegg til et håp om å motta mer støtte og forståelse fra familie, venner, kollegaer, og fra helsepersonell (Jönsson et al. 2011, van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009). Pårørende mente det var avgjørende å skape en ide i sin nåværende situasjon for hvordan framtiden vil bli. Dette gjorde det enklere å inneha en positiv holdning til situasjonen, og ble av enkelte beskrevet som viktig for å kunne ha et mer håndterbart liv, der ikke alt kretset rundt sykdommen (Jönsson et al. 2011).

En pårørende beskriver viktigheten av håpet:

''I really need to feel that there is hope, but when you read about it, I search the internet and all that, but it's just like you are scratching the surface '' (Jönsson et al. 2011, 33).

#### **4.3.2 Avstand i hverdagen**

Å ha mulighet til å kunne holde litt avstand til sykdommen i det daglige, ble beskrevet som en måte å håndtere dagliglivet på. Pårørende prøvde å finne en balanse mellom sine egne behov og den sykes behov, selv om dette igjen kunne lede til skyldfølelse. Det å holde litt avstand ville ikke si at bekymringen og redselen ble borte, men ble beskrevet av pårørende

som en måte å holde ut hverdagen med den syke (Rusner et al. 2012, Rusner et al. 2013, van der Voort, Goossens og van der Bijl 2009, Goossens et al. 2008). En pårørende gir uttrykk for dette på følgende måte:

“ Take some time for myself. Reading a bit, doing some things on the computer, just doing something for myself...these are the things that give me some rest” (van der Voort, Goossens og van der Bijl 2009, 439).

Det å vite at man som ektefelle hadde muligheten til å velge å forlate den syke, ble viktig for at pårørende skulle håndtere situasjonen (Rusner et al. 2013). Dette var vanskeligere for foreldre, som følte at de ikke hadde denne valgmuligheten (Rusner et al. 2012, Maskill et al. 2010). Avstand kunne også bety og møte andre med lignende erfaringer som dem selv. Å dele tanker og følelser med andre som vet hvordan det er å være i nær relasjon til en person med bipolar lidelse, kunne hjelpe pårørende med å se nye perspektiver på sin situasjon. For å holde sykdommen litt på avstand, ble det også viktig for pårørende å forsøke å ha stabilitet i hverdagen, i form av rutiner og daglige gjøremål. Dette kunne innebære og dra på jobb, eller å gjøre andre aktiviteter inne eller utenfor huset, som ga pårørende litt avlastning og energi (Rusner et al. 2013).

En pårørende sier noe om dette:

“ I’m not affected by it at work, then I leave that role. It can be dark at work, but it is a different darkness than the atmosphere at home” (Rusner et al. 2013, 165).

### **4.3.3 Akseptasjon**

Det å akseptere sykdommen og situasjonen man var i, ble også av enkelte pårørende beskrevet som en måte å fortsette livet med den syke på (Delmas et al. 2011, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Jönsson et al. 2011, Ganguly, Chadda og Singh 2010, van der Voort, Goossens og van der Bijl 2009).

Pårørende erfarte at det å forsone seg med tilstanden til den syke, gjorde det enklere å akseptere lidelsen og sin egen situasjon (Jönsson et al. 2011, Tranvåg og Kristoffersen

2008). Kunnskapen og innsikten de hadde opparbeidet seg gjennom årene med lidelsen, gjorde det mulig for pårørende å se på de ulike byrdene ved livet på en ny måte. Denne forsoningen hjalp pårørende med å sette pris på de små lysglimtene i hverdagen, og gjorde at de kun la planer for den nærmeste fremtid (Tranvåg og Kristoffersen 2008). Enkelte erfarte også at lidelsen førte med seg noen positive erfaringer, som kunne innebære at de ble mer medfølende og empatisk overfor andre, og fikk et annet perspektiv på hva som var viktig i livet (Granek et al. 2011, Ganguly, Chadda og Singh 2010, Maskill et al. 2010). Å akseptere situasjonen, gjorde at det dukket opp nye perspektiver rundt den syke og lidelsen. Pårørende beskrev dette som å bli vant med atferden til personen med bipolar lidelse, og alt som kan skje som følge av sykdommen (Goossens et al. 2008, Jönsson et al. 2011).

En ektefelle beskriver sin erfaring:

After many years, when I finally managed to reconcile myself with how my wife's mental illness affected our life, I managed to take pleasure in the small glimmers of light in our relationship (Tranvåg og Kristoffersen 2008, 10).

Å akseptere sykdommen og sin livssituasjon, ble hos noen pårørende sett på som om de ikke hadde noe annet alternativ. Kjærlighet og omtanke for den syke, gjorde at de aksepterte at deres egen hverdag ble berørt i negativ retning (Van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009 og Jönsson et al. 2011).

En pårørende forteller:

“You love someone or you do not love someone, and when you do, you just take things as they are. That probably was my moving spirit. Yes” (Van der Voort, Goossens og van der Bijl 2009, 439).

## **5.0 Diskusjon**

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse erfaringer knyttet til det å være nære pårørende til en person med bipolar lidelse.

Diskusjonen skal deles inn i en metodediskusjon og i en resultatdiskusjon. I metodediskusjonen skal vi drøfte metodens ulike deler, mens vi i resultatdiskusjonen skal drøfte resultatet vårt opp i mot bakgrunns- teori, ny relevant teori, samt mulige konsekvenser for sykepleiers yrkesfunksjon i praksis (Høgskolen i Molde 2015).

### **5.1 Metodediskusjon**

#### **5.1.1 Datainnsamling og litteratursøk**

Da vi startet arbeidet med litteraturstudien, hadde vi kun en hensikt som omhandlet erfaringer knyttet til det å være pårørende til en person med bipolar lidelse. Etter prosjektskissen, valgte vi å endre hensikten til å gjelde nære pårørende til en person med bipolar lidelse. Dette kan bli sett på som en styrke i vår litteraturstudie, ved at vi på denne måten kan få et bedre innblikk i relasjonens betydning av det å være pårørende.

Vi valgte å bruke databasene Ovid MEDLINE, Ovid PsycINFO, PROQUEST og CINAHL. Vi anser dette som en styrke, da vi er mest kjent med disse databasene. Samtidig kan det være en svakhet ved vår studie, da vi kan ha gått glipp av relevante artikler som finnes i andre databaser. Vi betrakter det som en styrke at vi har brukt OVID som søkemotor, da dette er den største databasen innenfor blant annet medisin og sykepleie (Nortvedt et al. 2012).

I vår studie har vi ikke valgt å begrense oppgaven til hvilken type av bipolar lidelse det dreier seg om. Dersom vi skulle avgrenset oppgaven til og for eksempel gjelde enten bipolar type 1 eller 2, hadde vi ikke funnet tilstrekkelig med forskningsartikler til å belyse vår hensikt. Omtrent samtlige artikler vi har kommet over gjennom søkeprosessen, har sett på bipolar lidelse som en helhet, uavhengig av hvilken type det dreier seg om. Vi er klar over at sykdommens alvorlighetsgrad kan utgjøre en forskjell på pårørendes erfaringer, og dette kan derfor bli betraktet som en mulig svakhet ved vår studie. Samtidig ser vi på dette

som en styrke, ved at vi på denne måten kan få fram hele spekteret av erfaringer knyttet til det å være pårørende.

En av artiklene våre er fra India og en er fra Israel. Dette kan bli sett på som en svakhet ved vår studie, da det kan være kulturforskjeller, som i sin tur kan ha innvirkning på resultatet. Vi ser likevel at funnene er svært sammenlignbare med funn fra studier i vestlige land, og vi valgte derfor å ta de med i vår litteraturstudie. Tre av våre artikler er fra Sverige, og en er fra Norge. Dette kan være en styrke i studien, da det er med på understreke funnenes relevans og betydning for vår helse- og omsorgskultur i Norge.

Da vi begynte med mer systematisk søking etter relevante forskningsartikler oppdaget vi etter hvert at det var svært vanskelig å finne forskning kun fra de siste fem årene. Vi valgte derfor å utvide inklusjonskriteriet til å gjelde artikler fra 2008- 2016. Da forskning er under stadig oppdatering, kan dette bli sett på som en svakhet ved vår studie. Vi ser likevel at funnene er sammenlignbare med forskning fra nyere dato, og vi har vurdert artiklene svært nøye opp mot relevans for vår hensikt.

Ni av artiklene vi har inkludert i studien er av kvalitativt design. Når man skal belyse menneskers erfaringer er det anbefalt å bruke kvalitativ forskning, da disse går mer i dybden for å undersøke menneskers subjektive erfaringer (Nortvedt et al. 2012). At studien hovedsakelig baserer seg på kvalitativ forskning, kan derfor ses på som en styrke ved vår studie. Vi har også inkludert en artikkel med kvantitativt design, samt en med blandet metode. Ut ifra vår hensikt, som er ute etter å belyse pårørendes erfaringer, kan dette bli betraktet som en svakhet ved vår studie. Samtidig ser vi på dette som en styrke, da de kvantitative funnene i stor grad kan være med å underbygge de kvalitative resultatene (Nortvedt et al. 2012).

Artikkelen av Ganguly, Chadda og Singh (2010) er en studie som baserer seg på pårørende til personer med bipolar lidelse og schizofreni. Vi anser dette som en svakhet ved studien, da det til tider kan være vanskelig å skille lidelsene fra hverandre. Samtidig ser vi på artikkelen som en styrke, da funnene i stor grad kan sammenlignes med funn fra andre studier, som kun omhandler det å være pårørende til en person med bipolar lidelse.



### 5.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

For å kvalitetsvurdere våre studier, valgte vi å bruke sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler utarbeidet av kunnskapssenteret (Kunnskapssenteret 2014). Dette var et godt hjelpemiddel for oss, og gjorde det mulig å finne ut av hvilke artikler vi skulle inkludere videre til studien. Vi brukte god tid på å svare på de ulike spørsmålene i sjekklisene, samtidig som vi skrev mer utfyllende kommentarer under hvert punkt. Dette kan derfor bli betraktet som en styrke ved oppgaven vår. Vi har fra før av lite erfaring med å kvalitetsvurdere artikler, og dette kan derfor anses som en mulig svakhet ved vår studie.

Alle våre artikler har en tydelig IMRAD struktur. Dette innebærer at våre inkluderte studier inneholder en introduksjon, **metodedel**, **resultat** og **diskusjon**. Vi ser på dette som en styrke, da det gjorde lesingen mer oversiktlig, samt at vitenskapelige artikler med fordel skal være bygd opp etter dette prinsippet (Nortvedt et al. 2012).

Ti av våre artikler er godkjent av en etisk komité. Dette kan ses på som en styrke i vår oppgave, da etiske overveielser og godkjenning anses som grunnleggende for god og forsvarlig forskning. En svakhet kan være at en av våre studier ikke er fremstilt for en etisk komité. Forfatteren har likevel grundig beskrevet etiske overveielser, noe vi mener styrker artikkelen betraktelig.

### 5.1.3 Analyse

I vårt analysearbeid brukte vi Evans (2002) fire faser. Det at vi hadde en konkret fremgangsmåte å forholde oss til gjorde arbeidet med analysen mer oversiktlig, og dette kan derfor ses på som en styrke ved vår oppgave. En svakhet kan være at vi kan ha gått glipp av andre analysemetoder, som kanskje kunne vært mer egnet til å analysere våre studier.

Vi startet med å lese alle artikkelene hver for oss. Dette anser vi som en styrke, da det kan ha bidratt til at vi ikke ble farget av hverandres tolkninger. Etter å ha lest artikkelene nøye hver for oss møttes vi for å sammenligne det vi begge hadde kommet frem til, som i sin tur gjorde det mindre sannsynlig at vi overså relevante funn.

Vi brukte først fargekoder når vi leste og analyserte artiklene våre. Dette gjorde det mer oversiktlig, i tillegg til at det ble enklere for oss å se hva som gikk igjen på tvers av studiene. Videre lagde vi en oversiktsplakat, der vi skrev ned funnene i alle studiene under ulike tema som vi hadde kommet frem til. Dette anser vi som en styrke, da vi fikk god oversikt, og var i mindre risiko for å utelate funn eller artikler i analysen vår.

Alle våre studier er skrevet og publisert på engelsk. Vi brukte et oversettelsesprogram for å oversette enkelte ord til norsk. Dette kan anses som en svakhet ved vår studie, da vi kan ha oppfattet eller tolket datamaterialet på en annen måte enn det som opprinnelig var essensen i artikkelen.

I arbeidet med en systematisk litteraturstudie har man gjerne valgt hensikt og problemstilling ut ifra eget interessefelt, og hva man ønsker å belyse (Dalland 2012). Under arbeidet med studien har vi derfor hele tiden vært bevisst vår egen forforståelse knyttet til tema, og vi har forsøkt å legge denne til side under analysing av inkluderte artikler. Vi er klar over at tolkning av funn er subjektivt, og det må derfor tas i betraktning at andre kan ha tolket og analysert vårt datamateriale på en annen måte.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Viktigheten av å inkludere pårørende i pasientomsorgen**

I vår litteraturstudie kom det frem at pårørende til personer med bipolar lidelse erfarte manglende informasjon og støtte fra helsepersonell (Bauer et al. 2011, Delmas et al. 2011, Maskill et al. 2008, Jönsson et al. 2011, van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009, Rusner et al. 2013, Rusner et al. 2012, Tranvåg og Kristoffersen 2008). Pårørende opplevde at de ikke ble tatt på alvor, og følte seg utelatt fra behandlingsforløpet til den syke (Rusner et al. 2012 og Tranvåg og Kristoffersen 2008). Disse funnene underbygges av Folkehelseinstituttet (2006) sin rapport, som omhandler foreldres erfaring relatert til at deres voksne barn har diagnosen bipolar lidelse. Pårørende opplevde å måtte kjempe for å bli hørt av helsepersonell, og de erfarte at de selv måtte ta initiativ dersom de skulle få eller gi informasjon til sønnens eller datterens behandlere. Veilederen ‘’ psykisk

helsearbeid for voksne i kommunene'' er også med på å understøtte disse erfaringene. Her står det at pårørende tradisjonelt sett i liten grad har vært involvert i behandlingsforløpet til personer med psykiske lidelser, og at det derfor bør bli økt fokus på pårørendes rolle som en ressurs og medspiller overfor helsetjenesten (Helsedirektoratet 2005).

I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 står det at helsepersonell har plikt til å gi nærmeste pårørende informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelpen som blir gitt, dersom pasienten samtykker til dette (Pasient- og brukerrettighetsloven 2001).

Våre funn viser at familiemedlemmene hadde et ønske om å motta mer støtte og forståelse fra helsepersonell i fremtiden (Jönsson et al. 2011, van der Voort, Goossens og van der Bijl 2009). Ved å bli mer bevisst disse erfaringene hos pårørende, tenker vi det kan bli enklere for helsepersonell å snu denne negative sirkelen, og bidra til at pårørende blir en aktiv og deltagende part i behandlingsforløpet til pasienten i tiden fremover. I følge Stubberud og Eikeland (2013) trenger pårørende både faglig og medmenneskelig støtte for å håndtere sin egen situasjon. De kan trenge hjelp til å gjøre situasjonen mer forståelig og mer håndterbar. For å vise at man ser pårørende kan man ta tidlig kontakt for å avklare behov, deltagelse i behandling, eller andre praktiske ting.

I følge Hummelvoll (2014) bør kontakt med pasientens familie være en naturlig del av arbeidet blant helsepersonell. Dette innebærer å gi støtte, informasjon og veiledning, i tillegg til at man ser på pårørende som aktive samarbeidspartnere i pasientomsorgen. Familien må vies oppmerksomhet og støtte, for at de skal kunne fungere som en ressurs i behandlingsforløpet til pasienten. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee beskriver også viktigheten av å inkludere pasientens familie. Hun mente sykepleieren burde gå inn for å bli kjent med den sykes familie, snakke og lytte til dem. Sykepleieren bør være tilgjengelig for pårørende dersom de ønsker å drøfte ulike sider ved sykepleien til pasienten. Jo mer støtte og omtanke man viser til familien, desto større betydning har dette for pårørendes evne til å hjelpe den syke i neste omgang (Travelbee 1999).

Vi har selv erfaringer fra praksis når det kommer til at pasientens familie kan fungere som viktige ressurspersoner for pasienten, og for helsepersonell. Som regel er det de som kjenner pasienten best, og som dermed kan inneha nyttige opplysninger og informasjon om tilstanden, og eventuelle endringer i pasientens situasjon. Ved å samarbeide med pårørende kan man oppnå et mer helhetlig bilde av forhold som omhandler pasienten, men også

hvordan pasientens tilstand påvirker dagliglivet innad i familien. I tillegg tenker vi dette kan bidra til at pårørende føler seg sett, forstått og ivaretatt på en god måte.

I vår studie kom det fram at pårørende opplevde at helsevesenet var raske med å utskrive pasienten, selv om helsetilstanden fortsatt var betydelig svekket. Mangel på støtte fra helsepersonell, førte til at pårørende følte seg alene med ansvaret for den syke (Maskill et al. 2010, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009). Dette vises også i Folkehelseinstituttet (2006) sin rapport, der pårørende opplevde at deres sønn/datter hadde blitt skrevet ut for tidlig før de var tilstrekkelig stabilisert, sendt hjem uten oppfølging, eller sendt hjem til foreldrene uten at dette var blitt klarert med dem på forhånd. I rapporten kom det også frem at da de kontaktet sykehuset for å få den syke tvangsinnlagt på nytt, fikk de beskjed om at dette igjen måtte gå via legevakt. Dette er også i tråd med vår studie som viser at pårørende opplevde det som vanskelig å få umiddelbar tilgang til hjelp i en akutt situasjon. Å måtte bestille time til et psykiatrisk akuttmottak når personen med bipolar lidelse var suicidal, gjorde pårørende både sinte og frustrerte (Rusner et al. 2012).

I studien til Van der Voort, Goossens og Van der Bijl (2009) kom det fram at pårørende mente støtten fra helsepersonell burde tjene ulike formål. For det første burde man ta sikte på å redusere byrden hos pårørende ved og blant annet gi råd om hvordan de kan mestre sin situasjon på best mulig måte. De beskrev også et behov for å bli hørt av helsepersonell, samt å få tilstrekkelig informasjon om sykdommen. Dette innebærer også opplysninger om hva slags atferd som kan komme som en konsekvens av lidelsen, i tillegg til råd om hvordan de kan finne en bedre balanse mellom sine egne behov og den sykes behov.

Vi mener disse erfaringene fra pårørende kan være en lærdom for sykepleiere og annet helsepersonell i fremtiden. Kanskje er disse funnene med på å vise at det er behov for en endring av praksis når det kommer til å se og inkludere pårørende på en annen og bedre måte i pasientomsorgen. Et steg i riktig retning innenfor psykiatrien kan være utarbeidelsen av ambulante akutteam, som kan gjøre det lettere å få rask tilgang til hjelp og behandling i akutte situasjoner. Dette kan bidra til økt trygghet for pårørende (Helsedirektoratet 2014).

## 5.2.2 Når pårørendes behov kommer i andre rekke

I følge Hummelvoll (2014) påvirkes hele familien når et familiemedlem får en psykisk lidelse. Dette samsvarer med funn i vår litteraturstudie. Pårørende erfarte å innta rollen som omsorgsgivere overfor den syke. Å tilfredsstille behovene til sine kjære ble en prioritet, mens deres egne behov kom i andre rekke (Ganguly, Chadda og Singh 2010, Jönsson et al. 2011, van der Voort, Goossens og van der Bijl 2009, Granek et al. 2016, Rusner et al. 2012, Rusner et al. 2013). Pårørende hadde et ønske om å støtte den syke, slik at han/hun skulle klare å mestre dagliglivet på best mulig måte (Jönsson et al. 2011). Pårørende følte derfor et ansvar for og hele tiden være tilgjengelig for sine kjære, selv om dette gikk på bekostning av sine egne behov. Dette understøttes av Kirkevold (2001), som skriver at pårørende kan være sentrale både som støttespillere og omsorgsgivere overfor den syke. Familien kan føle seg bundet av den sykes situasjon på en måte som gjør at deres egne behov blir satt til side.

I følge Bøckmann og Kjellevold (2015) er det ofte når sykdom vedvarer at mange opplever at omfanget av støtten fra nettverket reduseres. I vår studie kom det fram at stigmatisering og manglende forståelse fra andre var noe som preget pårørendes hverdag. Konsekvensene av dette var at de trakk seg tilbake fra sosial kontakt, som i sin tur kunne føre til sosial isolasjon og ensomhet (Bauer et al. 2011, Ganguly, Chadda og Singh 2010, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009, Jönsson et al. 2011, Maskill et al. 2010, Rusner et al. 2012). Familie og venner sluttet å ringe eller å komme på besøk, som igjen førte til at pårørende følte seg forlatt i en vanskelig tid (Rusner et al. 2012). I Review artikkelen til Beentjes, Goossens og Poslawsky (2011) belyses det også erfaringer fra pårørende om at sykdommen hadde negativ innvirkning på sosiale relasjoner. Redusert sosial omgang kan skyldes at andre unngår å ta kontakt fordi de ikke vet hva de skal si, eller hvordan de skal forholde seg til pårørende eller den syke. Sosial tilbaketrekking kan også være en konsekvens av nedlatende kommentarer fra omgivelsene, noe som særlig gjelder innenfor psykiatrien (Bøckmann og Kjellevold 2015). Dette samsvarer med funn i vår studie, der sosial tilbaketrekking ble sett på som en kompensasjon for å slippe å forholde seg til den manglende forståelsen fra familie, venner og bekjente (Rusner et al. 2012). I Folkehelseinstituttet (2006) sin rapport kom det også frem at lidelsen medførte endret sosialt liv hos pårørende, og at venner og bekjente trakk

seg vekk. De opplevde det som slitsomt å måtte gi forklaringer på grunn av andres gjentakende spørsmål, og manglende forståelse.

Her kan vi altså se at pårørendes opplevde en ensom situasjon, der sykdommens konsekvenser påvirket pårørendes grunnleggende behov for sosial kontakt i negativ retning. Som sykepleiere kan man hjelpe pårørende til å forstå at sårende kommentarer eller avvisning fra andre i omgivelsene, kan dreie seg om usikkerhet og opplevelse av hjelpeløshet eller utilstrekkelighet. Det kan lønne seg og snakke med pårørende om dette, slik at de kan få en økt forståelse for hva som kan være årsaken til andres reaksjoner og væremåte. I tillegg kan dette ha en beskyttende effekt på pårørende, i deres møte med den usikkerheten knyttet til psykiske lidelser som ofte er å finne i samfunnet (Bøckmann og Kjellevold 2015).

Sykdom kan gjøre det utfordrende og opprettholde relasjoner, og det kan oppstå endringer relatert til kommunikasjon og samspill hos personer som står hverandre nær. Andre konsekvenser kan være endringer knyttet til nærhet og avstand, samt en annen fordeling når det kommer til ansvarsforhold og dagligdagse gjøremål. Det kan i tillegg oppstå en følelsesmessig distanse i relasjonen mellom pårørende og den syke (Bøckmann og Kjellevold 2015). Dette vises også i vår studie, der pårørende erfarte at relasjonen til sine nærmeste ble endret som følge av sykdommen. Pårørende følte seg ofte ensom, og savnet å kunne dele tanker, følelser og andre viktige aspekter i dagliglivet med sine kjære (Goossens et al. 2008, Van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009, Tranvåg og Kristoffersen 2008). Det oppsto også rolleforandringer, og i studier der pårørende var ektefeller, følte de seg ansvarlig for hverdagslige plikter og for oppdragelsen av barna (Van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009, Granek et al. 2016). Til tross for de negative innvirkningene lidelsen hadde på forholdet mellom pårørende og den syke, var det også enkelte som følte de kom nærmere sine kjære, og beundret måten sin kjære hadde taklet lidelsen på (Rusner et al. 2013, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Maskill et al. 2010, Delmas et al. 2011). Dette understøttes av Bøckmann og Kjellevold (2015) som skriver at sykdom kan medføre både positive og negative konsekvenser i relasjonen mellom pårørende og den syke. Noen kan oppleve at forholdet blir nærere, mens andre kan erfare at relasjonen blir mer komplisert eller distansert.

Når en person opplever ensomhet har dette nær sammenheng med savn av kontakt og fellesskap med andre. Nærhet og fellesskap med andre er ofte en forutsetning for å kunne ha et meningsfylt liv. Sosial kontakt er et grunnleggende behov vi mennesker har. Å kunne regne med sosial støtte når en har behov for det, er med på å fremme trygghet (Smebye og Helgesen 2012). Ut ifra funn fra vår litteraturstudie kan man se at disse behovene blir utfordret hos pårørende. Stigmatisering, ensomhet og isolasjon var noe som preget pårørendes hverdag. Vi tenker dette kan være med på å understreke at det bør bli mer tilgjengelig informasjon omkring psykiske lidelser i samfunnet. Hos mange er nok psykiatri fortsatt et tabubelagt tema å snakke om, og det kan være vanskelig for andre å vite hvordan de skal forholde seg til personer med psykiske vansker. Vår studie viser at dette også får negative konsekvenser for pårørende. Som helsepersonell kan man kanskje være med på å fremme åpenhet om psykiske lidelser ved å gi best mulig informasjon og opplysning rundt tema. Dette kan bidra til en større aksept rundt psykiske lidelser generelt blant befolkningen.

### **5.2.3 Bekymring og byrder i hverdagen**

I følge Bøckmann og Kjellebold (2015) er det en sentral utfordring for pårørende å leve med usikkerhet knyttet til sykdom og lidelse. Det kan være vanskelig å leve med redselen for nye sykdomsperioder, og planer og forventninger til fremtiden må som regel endres eller justeres. Dette gjelder særlig ved lidelser med et svingende forløp som ved bipolar lidelse, der pårørende kan oppleve at de må være i kontinuerlig beredskap. Dette vises også i vår studie, der pårørende erfarte en bekymringsfull og uforutsigbar hverdag. Mange ubesvarte spørsmål når det kom til sykdommen og framtidsutsiktene, skapte usikkerhet og bekymring hos pårørende (Ganguly, Chadda og Singh 2010, Jönsson et al. 2011). Enkelte erfarte også å innta en vaksom holdning når det kom til symptomer og endring i atferden til personen med bipolar lidelse. Pårørende beskrev dette som å være et steg foran den syke, slik at de kunne forutse og avverge eventuelle problemer som måtte oppstå (Jönsson et al. 2011, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Rusner et al. 2012). Redsel for suicid hos sin kjære var også noe som preget pårørendes hverdag (Rusner et al. 2012, Bauer et al. 2011). Dette samsvarer med Ødegaard og Ødegaard (2012) som sier det kan være svært krevende for pårørende og enten oppleve eller gå og engste seg for et selvmordsforsøk blant sine nærmeste.

Som sykepleiere kan det være viktig å vise at man er tilgjengelig for pårørende, og forsøke å få tak i hva de opplever som spesielt utfordrende. Bipolar lidelse har et svingende forløp, og ved slike sykdommer kan det lønne seg å utarbeide en kriseplan. Dette innebærer å dokumentere pasientens særegne symptomer på nye sykdomsperioder, slik at de kan gjenkjennes tidlig, og på denne måten får satt i gang tiltak raskere. Dette kan føre til at både pasienten og pårørende opplever større grad av kontroll knyttet til lidelsens uforutsigbare forløp. Målet for sykepleien bør være at både pasient og pårørende skal ha et så godt liv som mulig, så lenge som mulig (Bøckmann og Kjellevold 2015).

Våre funn viser at sykdommen ledet til følelser og reaksjoner hos pårørende, som frustrasjon, sorg, usikkerhet, skam og skyldfølelse (Rusner et al. 2012, Jönsson et al. 2011, van der Voort, Goossens og Van der Bijl 2009, og Tranvåg og Kristoffersen 2008). Årsaken til at pårørende opplever skam kan være knyttet til symptomene til den syke, og da særlig når personen er inn i en manisk fase av sykdommen. Dette kan innebære at den syke opptrer ukritisk, er aggressiv, eller har en annen atferd som kan oppfattes sosialt uakseptabel (Bøckmann og Kjellevold 2015).

Vår studie viser videre at pårørende slet med skyldfølelse, og tanker rundt om de selv kunne ha gjort noe som har forårsaket symptomene eller atferden til personen med bipolar lidelse. Dette understøttes av Bøckmann og Kjellevold (2015) som sier at pårørende til psykisk syke personer kan oppleve skyld rettet mot sykdommens årsak, eller føle at de ikke strekker til overfor den syke. I rapporten til Folkehelseinstituttet (2006) kom det også fram at pårørende slet med skyldfølelse, dårlig samvittighet og selvbebreidelser. Disse funnene er med å understreke at dette er et utbredt problem hos pårørende til personer med bipolar lidelse, og som sykepleier bør man derfor ta fatt i dette som tema. Det kan lønne seg å forsøke å finne ut hva som ligger bak denne opplevelsen av skyld. Å snakke med pårørende om dette kan hjelpe de ut av vonde tanker, og bidra til de kan få en bedre forståelse for hvordan de skal forholde seg til skyldfølelsen (Bøckmann og Kjellevold 2015).

I vår litteraturstudie kom det fram at pårørende erfarte en livssituasjon som ble overskygget av sykdommen, og de opplevde å måtte endre sitt syn på hva et normalt liv innebar (Rusner et al. 2012). Pårørende følte seg maktesløs med tanke på hvordan lidelsen hadde påvirket den syke, i tillegg til de negative konsekvensene relatert til deres eget liv og



helse (Jönsson et al. 2011). For enkelte ledet sykdommens konsekvenser til at pårørende ble utslitt, utbrent eller deprimert (Maskill et al. 2010, Rusner et al. 2012, Granek et al. 2016, Tranvåg og Kristoffersen 2008, Ganguly, Chadda og Singh 2010, Goossens et al. 2008). Dette er i tråd med Kirkevold (2001) som skriver at langvarig omsorgsansvar kan medføre fysisk og psykisk tretthet, i tillegg til utmattelse og depresjon. Som sykepleiere er det viktig å bli bevisst disse erfaringene. Et godt samarbeid mellom helsepersonell og pårørende, som er preget av forståelse og tillitt, kan bidra til å redusere den psykiske påkjenningen hos pårørende (Bøckmann og Kjellevold 2015).

Som vi ser kan det å være i nær relasjon til noen med langvarig sykdom føre til store emosjonelle belastninger, og pårørende kan ofte oppleve at det er den syke og lidelsen som opptar det meste av tankene og dagliglivet (Bøckmann og Kjellevold 2015). Vi tenker selv dette kan være med å vise hvor viktig det er for sykepleiere og annet helsepersonell å inkludere pårørende tidlig i behandlingsforløpet til pasienten. Dette kan gjøre at man får en bedre forståelse for hvordan familien påvirkes av lidelsens ulike konsekvenser. Ved å se pårørende på et tidlig tidspunkt, kan man i sin tur sørge for avlastning og hjelp raskere, og dermed bidra til at problemene ikke får utvikle seg videre.

#### **5.2.4 Å håndtere en utfordrende og uforutsigbar hverdag**

Hvordan pårørende vurderer sin egen situasjon, har nær sammenheng med om de selv opplever den som belastende eller ikke. Vi mennesker er forskjellige, og kan derfor ha ulike måter å håndtere en vanskelig livssituasjon på (Kristoffersen 2012). I vår litteraturstudie kom det fram at det å inneha håp om en bedre fremtid ble viktig for at pårørende skulle håndtere livet med den syke. Dette kunne innebære et håp om at sykdommen skal stabilisere eller forbedre seg, i tillegg til et håp om en fremtid der de slipper å gå rundt med en konstant bekymring overfor den syke (Jönsson et al. 2011, Ganguly, Chadda og Singh 2010 og Tranvåg og Kristoffersen 2008). For å kunne ha en mer positiv holdning til sin nåværende situasjon, beskrev pårørende viktigheten av å skape en ide eller et håp for hvordan fremtiden vil bli (Jönsson et al. 2011). Dette underbygges av Kristoffersen, Breievne og Nortvedt (2012) som sier håp kan være avgjørende for hvordan mennesker takler sin livssituasjon når de erfarer sykdom, usikkerhet og lidelse. Ved å opprettholde håpet kan dette gi økt pågangsmot til å mestre sin nåværende situasjon,

og det kan ha betydning for personens forventninger om fremtiden. I følge Travelbee (1999) er håpet fremtidsorientert. Den som har håp forsøker å bygge og strukturere fremtiden for å oppnå det han håper på. Håpet er også relatert til forventningen om at det man ønsker eller etterstreber er oppnåelig. Som sykepleiere bør man hjelpe pårørende med å opprettholde håpet, samtidig som man ser til at dette er realistisk. Dette kan for eksempel innebære et håp om at pasienten og pårørende skal få nødvendig hjelp ved behov, eller et håp om gode perioder mellom episodene med sykdom (Bøckmann og Kjellevold 2015).

Enkelte pårørende i vår studie beskrev det som viktig å ha muligheten til å kunne holde litt avstand til sykdommen i det daglige. Dette kunne innebære og dra på jobb, eller gjøre andre daglige aktiviteter som kunne gi pårørende litt avlastning fra hverdagen med den syke (Granek et al. 2016, Rusner et al. 2012, Rusner et al. 2013, van der Voort, Goossens og van der Bijl 2009, Goossens et al. 2008). Det å holde avstand til sykdommen i det daglige er i følge Lazarus og Folkman sin teori en form for emosjonell orientert mestring (Kristoffersen 2012). Denne strategien blir beskrevet som helt nødvendig i situasjoner som ikke kan endres, slik at man skal klare å holde ut. Den kan også bli sett på som et forsøk på å unngå problemet ved at man slipper å forholde seg til det. Hos enkelte pårørende i vår studie ble avstand beskrevet som et forsøk på å finne en balanse mellom sine egne behov og den sykes behov, slik at de skulle klare å holde ut livet med den syke (Van der Voort, Goossens og van der Bijl 2009).

I følge Kristoffersen (2012) er det viktig å formidle til pårørende at man må gjøre bruk av avlastning før en selv blir helt utslitt. For at pårørende skal kunne mestre sin livssituasjon på best mulig måte, kan sykepleiere og annet helsepersonell hjelpe pårørende med å bli mer bevisst ulike tilbud som er tilgjengelige. Våre funn viser at pårørende synes det var fint å kunne møte noen med lignende erfaringer som dem selv (Rusner et al. 2013). Da kan psykoedukativ behandling være et alternativ. Dette er et tilbud som tar sikte på å øke kunnskapen om bipolar lidelse. Pårørende samles i grupper, og får mulighet til å dele erfaringer med hverandre. Gjennom informasjon kan man bidra til å forebygge nye episoder med mani/depresjon, og de kan også lære seg hvordan de skal mestre konsekvensene av lidelsen på en bedre måte. Slik kan man hjelpe både familien og pasienten med å gjøre hverdagen og livet med sykdommen mer håndterbar. Dette tilbudet kan også bidra til at pårørende opplever støtte og forståelse, i tillegg til fellesskap med

andre som er i lignende situasjon som dem selv. Tiltaket kan gi redusert risiko for at familien isolerer seg ved at problematikken alminneliggjøres (Hummelvoll 2014).

Bipolar lidelse blir betegnet som en kronisk lidelse. Når sykdom vedvarer starter ofte pårørende med å tilpasse seg sin situasjon gradvis. De gjør seg opp erfaringer som innebærer at de lærer om sykdommen, og hvilke endringer og utfordringer den kan medføre i hverdagen. Hos pårørende til personer med langvarige lidelser vil tilpasning og mestring gjerne bli sett på som en kontinuerlig prosess. Etter en stund vil mange forsone seg med at sykdommen er en del av hverdagen og fremtiden. De må derfor finne sine egne rutiner for å klare å håndtere hverdagen, og sin rolle som omsorgsgiver på best mulig måte (Bøckmann og Kjellevold 2015). Dette vises også i vår studie, der enkelte pårørende gradvis begynte å akseptere sin situasjon, som i sin tur gjorde det enklere for dem å holde ut livet med den syke. Kunnskapen de hadde opparbeidet seg gjennom årene gjorde det mulig for pårørende å se på de ulike byrdene ved livet på en ny måte. Det dukket opp nye perspektiver rundt den syke og lidelsen, og pårørende begynte å sette pris på de små lysglimtene i hverdagen (Tranvåg og Kristoffersen 2008 og Jönsson et al. 2011).

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse erfaringer knyttet til det er å være nære pårørende til en person med bipolar lidelse.

Pårørende i vår studie opplevde manglende støtte og forståelse, både fra familie, venner og bekjente, samt fra helsepersonell. Dette førte til at de følte seg alene med ansvaret for den syke. Stigmatisering og uvitenhet fra andre i omgivelsene, var også noe som preget pårørendes hverdag. Dette ledet til at sosial isolasjon og ensomhet ble et stort problem. Pårørende erfarte å inneha rollen som omsorgsgiver overfor den syke, på en slik måte at deres egne behov kom i andre rekke. Lidelsen hadde også stor innvirkning på relasjonen mellom pårørende og den syke, der rolleforandringer og ensomhet var noe som preget pårørendes opplevelser.

Et stort funn i vår studie, var at pårørende erfarte en bekymringsfull og uforutsigbar hverdag. Dette kunne dreie seg om bekymring knyttet til symptomene og atferden til personen med bipolar lidelse, i tillegg til usikkerhet for hva fremtiden vil bringe. Sykdommen førte også med seg ulike emosjonelle reaksjoner hos pårørende. Følelser som usikkerhet, skam, frustrasjon og skyld var vanlig, og lidelsen satte dermed sitt preg på hverdagen. For enkelte ble byrden for tung å bære, og ledet til at pårørende ble utbrent og deprimert.

Som vi kan se var det å være nære pårørende til en person med bipolar lidelse svært krevende, noe som førte til at de måtte finne en måte å leve sammen med den syke på. Håp for fremtiden, avstand og akseptasjon var strategier som ble benyttet av pårørende for å kunne mestre sin livssituasjon på best mulig måte.

Resultatet i denne studien kan være med på å belyse viktigheten av at pårørende blir sett på av helsepersonell som en aktiv og deltagende part i behandlingsforløpet til pasienten. Pårørende erfarte en krevende livssituasjon som kunne lede til at de selv ble utbrent og deprimert. Dette er med på å understreke betydningen av at de selv har behov for avlastning og hjelp, slik at de skal kunne fortsette å være viktige ressurspersoner for pasienten i tiden fremover.

## ***6.1 Forslag til videre forskning***

I løpet av denne systematiske litteraturstudien har vi oppdaget at kvalitativ forskning knyttet til det å være pårørende til en person med bipolar lidelse er begrenset. Det er også få studier som er gjort i nyere tid. Vi mener dette derfor bør få et økt fokus innen forskningsfeltet. Det hadde også vært interessant å se mer forskning knyttet til hvordan pårørende mestrer sin livssituasjon, i tillegg til hva som kan gjøre livet med den syke bedre for pårørende.

## Referanseliste

Bauer, Rita, Grit-Urte Gottfriedsen, Matthias Dobmeier, Clemens Cording, Göran Hajak, Harald Binder og Hermann Spiessl. 2011. "Burden of caregivers of patients with bipolar affective disorder." *American Journal of Orthopsychiatry* 81 (1): 139-148.

Beentjes, Titus A. A., Peter J. J. Goossens og Irina E. Poslawsky. 2012. "Caregiver burden in bipolar hypomania and mania: a systematic review." *Perspectives in Psychiatric Care* 48(4): 187-197.

Bipolarforeningen. 2015. "Når verden blir snudd på hodet!". Lest 27.11.15.

<file:///C:/Users/eMachines/Downloads/N%25C3%25A5r+verden+blir+snudd+p%25C3%25A5+hodet.pdf>

Bøckmann, Kari og Alice Kjellevoid. 2015. *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten. En klinisk og juridisk innføring*. 2. Utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 5 utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS

De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2014. "Generelle forskningsetiske retningslinjer." Lest 22.01.16.

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

Delmas, Kristy, Judith Proudfoot, Gordon Parker og Vijaya Manicavasagar. 2011. "Recoding past experiences. A qualitative study of how patients and family member adjust to the diagnosis of bipolar disorder." *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199(2): 136- 139

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data." *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2):22- 26.

Folkehelseinstituttet. 2006. ”Diagnose bipolar affektiv lidelse: Foreldres erfaring.” Lest 20.02.2016.

<http://www.fhi.no/dokumenter/02CEEAC3DD.pdf>

Folkehelseinstituttet. 2014. ” Psykisk helse hos voksne – folkehelse rapporten 2014”. Lest 15.11.15.

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_7242&Main\\_6157=7239:0:25,8904&MainContent\\_7239=7242:0:25,8906&Content\\_7242=7244:110542::0:7243:5:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110542::0:7243:5:::0:0)

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3.utg. Falkenberg: Natur og kultur.

Ganguly, K.K, R.K. Chadda, T.B. Singh. 2010. ”Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: A qualitative study.” *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 13(2): 126-142.

Gjengedal, Eva og Berit Rokne Hanestad. 2007. ”Om kronisk sykdom.” I *Å leve med kronisk sykdom*, red. Eva Gjengedal og Berit Rokne Hanestad, 10-26. 2.utg. Oslo: Cappelen akademiske forlag.

Goossens, P.J.J., B. Van Wijngaarden, E.A.M. Knoppert – Van Der Klein og T. Van Achterberg. 2008. ”Family caregiving in bipolar disorder: Caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress.” *International Journal of Social Psychiatry* 54(4): 303-316.

Granek, Leeat, Dor Danan, Yuly Bersudsky og Yamima Osher. 2016. ” Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship.” *Bipolar disorders* 18(2): 192-199.

Haver, Brit, Ketil J. Ødegaard og Ole Bernt Fasmer. 2012. ”Historisk utvikling, epidemiologi og klassifisering av bipolare lidelser.” I *Bipolare lidelser*, red. Brit Havre, Ketil J. Ødegaard og Ole Bernt Fasmer, 45-76. 1.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. 2005. ”Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene”. Lest 1.3.2016.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/109/IS-1332-Psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>

Helsedirektoratet. 2008. ” Pårørende- en ressurs, veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester”. Lest 17.11.15.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/338/Parorende-en-ressurs-konvertert-IS-1512.pdf>

Helsedirektoratet. 2014.” Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten”. Lest 15.11.15

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

Helsedirektoratet. 2014. ” Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsykiatriske sentre (DPS)”. Lest 04.03.16.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/244/Organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsykiatriske-sentre-IS-2156.pdf>

Hummelvoll, Jan Kåre. 2014. *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Høgskolen i Molde. 2015. *SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie. Molde: Høgskolen i Molde, vitenskapelig høgskole i logistikk, avdeling for helse-og sosialfag.

Jönsson, Patrik Dahlqvist, Ingela Skärsäter, Helle Wijk og Ella Danielson.

2011. ”Experience of living with a family member with bipolar disorder”. *International Journal of Mental Health Nursing* 20(1): 29-37.



Kirkevold, Marit og Karen Strømsnes Ekern. 2001. *Familien i sykepleiefaget*, 1.utg. Oslo: Gyldendal akademiske.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2012. "Stress og mestring". I *Grunnleggende sykepleie bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 133-196. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kristoffersen, Nina Jahren, Grete Breievne og Finn Nortvedt. 2012. "Lidelse, mening og håp." I *Grunnleggende sykepleie bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 245-294. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademiske.

Kunnskapssenteret. 2006. "Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie". Lest 10.12.2015.  
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/attachment/190950?ts=1496658d444>

Kunnskapssenteret. 2014. "Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning." Lest 10.12.2015.  
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/attachment/191369?ts=149c326f521>

Maskill, V., M. Crowe, S. Luty og P. Joyce. 2010." Two sides of the same coin: caring for a person with bipolar disorder." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(6): 535-542.

Norsk senter for forskningsdata. 2016. "Publiseringskanaler." Lest 21.01.2016.  
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleierforbund. 2011. "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere." Lest: 24.11.2015.  
[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2.utg. Oslo: Akribe.

Pasient- og brukerrettighetsloven. 2001. Lov av 02.juni 1999 nr.63 om pasient og brukerrettigheter.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rusner, Marie, Gunilla Carlsson, David Arthur Brunt og Maria Nyström. 2012. "The paradox of being both needed and rejected: The existential meaning of being closely related to a person with bipolar disorder." *Issues in Mental Health Nursing* 33(4): 200-208.

Rusner, Marie, Gunilla Carlsson, David Brunt og Maria Nyström. 2013. "Towards a more liveable life for close relatives of individuals diagnosed with bipolar disorder." *International Journal of Mental Health Nursing* 22(2): 162-169.

Smebye, Kari Lislud og Ann Karin Helgesen. 2012. "Kontakt med andre." I *Grunnleggende sykepleie bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 41-70. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2014. *Psykiatri. Kunnskap – Forståelse – utfordringer*, 3.utg. Oslo: Akribe AS.

Stubberud, Dag-Gunnar og Anne Eikeland. 2013. "Omsorg for pårørende til den voksne pasienten". I *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*, red. Dag-Gunnar Stubberud, 165-185. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Tranvåg, Oscar og Kjell Kristoffersen. 2008. "Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time." *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22(1): 5-18.

Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademiske.

Van der Voort, Trijntje Y.G., Peter J. J. Goossens og Jaap J. Van der Bijl. 2009. "Alone together: A grounded theory study of experienced burden, coping, and support needs of spouses of persons with a bipolar disorder." *International Journal of Mental Health Nursing* 18(6): 434-443.

Ødegaard, Christine H. og Ketil J. Ødegaard. 2012. "En pårørende forteller om å leve med en som har bipolar lidelse." I *Bipolare lidelser*, red. Brit Haver, Ketil J. Ødegaard og Ole Bernt Fasmer, 459-474. 1.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1: Oversiktstabeller

Forfattere År Land Tidsskrift	Bauer, Rita, Grit-Urte Gottfriedsen, Harald Binder, Hermann Spiessl, Matthias Dobmeier, Clemens Cording og Göran Hajak. 2011. Tyskland. American Journal of Orthopsychiatry.
Tittel	<i>Burden of Caregivers of Patients With Bipolar Affective Disorders</i>
Hensikt	Å kartlegge byrden ved å være pårørende til pasienter med bipolar lidelse.
Metode/instrument	Kvalitativ og kvantitativ studie. Det ble brukt problemfokuserte halvstrukturerte intervju. Intervjuene ble tatt opp på tape og analysert og bearbeidet. Kvalitative resultater ble analysert og fremstilt kvantitativt.
Deltakere/fracfall	32 omsorgsgivere ble inkludert i studien. Frafall på 22 før studien startet.  18 ektefeller, 7 foreldre, 3 voksne barn, 3 søsken og 1 venn deltok.
Hovedfunn	Ulike byrder ble presentert. Det som gikk igjen hos flest var: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende forståelse, der pårørende følte håpløshet og hjelpeløshet.</li> <li>- Bekymring for pasientens og egen fremtid.</li> <li>- Maniske og depressive symptomer og veksling mellom depresjon og mani.</li> <li>- Nye roller innad i familien oppsto</li> <li>- Ensomhet og ansvar hos omsorgsgiver.</li> <li>- Mangel på støtte fra helsevesen.</li> <li>- Bekymring for tilbakeslag og selvmord hos pasient.</li> </ul> <p>Større byrde der pasienten hadde gjennomgått selvmordsforsøk. Mindre byrde hos de som mottok støtte i omsorgen for pasienten.</p>
Etisk vurdering	Godkjent av den etiske komiteen ved the Medical Faculty of the University of Regensburg. Alle deltakere ga skriftlig samtykke.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 1. God kvalitet

Forfattere År Land Tidsskrift	Delmas. Kristy, Judith Proudfoot, Gordon Parker og Vijaya Manicavasagar. 2011 Australia. The journal of Nervous and Mental Disease
Tittel	<i>Recoding past experiences- A qualitative study of how patients and family members adjust to the diagnosis of Bipolar disorder.</i>
Hensikt	Hensikten med studien var å kartlegge hvordan det oppleves for pasienter og familiemedlemmer å få diagnosen bipolar lidelse, hvordan de tilpasset seg diagnosen, i tillegg til å finne ut hvilke implikasjoner dette kunne ha for fremtiden.
Metode/instrument	Kvalitativ studie i form av semistrukturerte intervju som ble skrevet ned og tatt opp på tape. Resultatet ble kodet og analysert etter tematikk.
Deltagere/fracfall	17 personer med bipolar lidelse, og 9 familiemedlemmer deltok i studien. Fem av familiemedlemmene var søsken til en person med bipolar lidelse, to var foreldre, en var ektefelle og en et voksent barn.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De fleste familiemedlemmer aksepterte diagnosen når den ble gitt, og mange følte en lettelse, da det bekreftet mistankene deres.</li> <li>- Å lære mer om lidelsen for å øke forståelsen, hjalp pårørende med å akseptere diagnosen.</li> <li>- Mange var likevel bekymret for deres kjære, og hva fremtiden ville bringe.</li> <li>- Dersom det var mer tilgjengelig informasjon om lidelsen, og pårørende ble mer inkludert av helsepersonell, kunne dette bidratt til en tidligere akseptasjon av sykdommen, i følge familiemedlemmene.</li> </ul>
Etisk vurdering	Studien er godkjent av en etisk komite, og deltagerne måtte avgi skriftlig samtykke for å delta.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. God kvalitet.

Forfattere År Land Tidsskrift	Ganguly, K.K, R.K. Chadda og T.B. Singh 2010 India American Journal of psychiatric Rehabilitation
Tittel	<i>Caregiver Burden and Coping in Schizophrenia and Bipolar Disorder: A qualitative Study.</i>
Hensikt	Å kartlegge byrde og mestringsstrategier hos pårørende til personer med bipolar lidelse eller schizofreni.
Metode/instrument	Kvalitativ studie. Fokusgruppe intervju ble anvendt, med en gruppe på 10 stk. sammen med en intervjuer. Det ble tatt opptak av intervjuet, i tillegg til notater.
Deltakere/fracfall	Totalt 305 omsorgsgivere ble spurt om å delta. 150 med schizofreni og 155 med bipolar lidelse. 100 omsorgsgivere fullførte 6 mnd. oppfølging. 65 % av deltagerne var ektefeller.
Hovedfunn	<p>Opplevelse av byrde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opplevelse av isolasjon fra resten av samfunnet.</li> <li>- Sosial stigmatisering og fordommer fra samfunnet. - Manglende sympati, forståelse og kunnskap.</li> <li>- Påvirket familielivet, og daglige aktiviteter. Hadde også innvirkning på helsen.</li> <li>- Økonomiske problemer, da mange pasienter bruker penger ukontrollert.</li> <li>- Mange opplever at det påvirker den psykiske helsen. Noen opplevde å utvikle sekundær depresjon.</li> <li>- Bekymring for fremtiden.</li> </ul> <p>Mestringsstrategier som ble brukt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Innhente kunnskap om sykdommen. Blitt mer lidenskapelig. Forbedring i forholdet mellom den syke og omsorgsgiver.</li> <li>- Religion</li> <li>- Akseptasjon.</li> <li>- Håp om en bedre fremtid.</li> </ul>
Etisk vurdering	Det ble innhentet skriftlig samtykke fra deltagerne, og studien er godkjent av institusjonens etiske komite.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 1. Tilstrekkelig god kvalitet.

Forfattere År Land Tidsskrift	Goossenes, P.J.J, B. Van Wijngaarden, E.A.M. Knoppert - Van Der Klein og T. Van Achterberg. 2008 Nederland International journal of social Psychiatry
Tittel	<i>Family caregiving in bipolar disorder Caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å kartlegge konsekvensene av å støtte noen med bipolar lidelse, eventuelle byrder, og mestringsstrategier de tar i bruk.
Metode/instrument	Kvantitativt design, der deltagerne fikk utdelt tre ulike spørreskjema som omhandlet konsekvenser for pårørende, mestringsstrategier, og opplevelse av byrde. Ut ifra resultatene ble gjennomsnittsmålingen fra de ulike skjemaene kalkulert og sammenfattet til et helhetlig resultat. Prosessen foregikk ved hjelp av SPSS 14,0 for Windows.
Deltagere/fracfall	Av de 157 som meldte sin interesse, var det 115 av disse som til slutt ble med i studiet. Frafallet dreide seg om ulike personlige årsaker. Flertallet av deltagerne var partnere til en person med bipolar lidelse. Over 70 % bodde i samme hushold som den syke
Hovedfunn	<p>Ulike konsekvenser kom fram:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekymring for fremtiden, samt pasientens helse og finansielle situasjon.</li> <li>- Opplevelse av byrde.</li> <li>- Mindre tid til seg selv og egne aktiviteter.</li> <li>- Psykiske reaksjoner og stress.</li> </ul> <p>Mestringsstrategier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menn som pårørende holdt mer avstand til problemet, ved at de for eksempel deltok i aktiviteter.</li> <li>- Kvinner hadde en unnvikende tilnærming til problemet, og oppsøkte i mindre grad sosial støtte.</li> <li>- Pårørende som opplevde mest stress knyttet til sykdommen, var mer anspent, hadde flere bekymringer og var mer oppmuntrende til at pasienten skulle foreta seg ulike aktiviteter. De holdt også mer avstand til problemet.</li> </ul> <p>Til tross for dette, kommer det fram at litt over halvparten av pårørende var blitt vant til problemene, og dermed i stand til å mestre situasjonen og pasientens problemer på en god måte.</p>
Etisk vurdering	Samtlige deltagere fikk muntlig og skriftlig informasjon om studiet. De ble også informert om at deltagelsen var anonym. Studiet er godkjent av en sertifisert medisinsk etisk komite, og fra styret til de fem klinikkene som deltagerne ble rekruttert fra.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. God kvalitet.

Forfattere År Land Tidsskrift	Granek, Leeat, Dor Danan, Yuly Bersudsky og Yamima sher. 2016 Israel Bipolar disorders.
Tittel	<i>Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship.</i>
Hensikt	Hensikten med studien var å kartlegge hvordan sykdommen bipolar lidelse påvirket pasienten og pårørende individuelt, samt hvordan det påvirket deres forhold ut ifra fra begges perspektiv.
Metode/instrument	Det ble gjennomført semistrukturerte intervju, som ble tatt opp på lydbånd og skrevet ned.
Deltagere/fracfall	10 ektefeller og 11 pasienter deltok i studien.
Hovedfunn	<p>Bipolar lidelse viste seg å påvirke ektefellene på følgende måte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sine egne behov og aktiviteter ble satt til side, og de ble en omsorgsperson, der livene deres omhandlet kun personen med sykdommen.</li> <li>- De ble utbrent relatert til det å være en omsorgsperson, og måtte ha eneansvar for store deler av hverdagen.</li> <li>- De følte seg hjelpeløse, ensom i mestring av lidelsen, og opplevde en skam overfor sykdommen.</li> <li>- De la skylden på personen med BL for tilstanden. Samtidig følte de en empati for pasienten og hans problemer.</li> <li>- De var bekymret for tilbakefall og for fremtiden.</li> <li>- Positive opplevelser var også å finne, som empati og medfølelse overfor andre, og de fikk et nytt perspektiv på hva som var viktig i denne verden.</li> </ul> <p>Sykdommen påvirket relasjonen mellom pasienten og pårørende på følgende måte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ektefellene følte en usikkerhet i forholdet relatert til pasientens symptomer. De var inne på tanken om å skille seg.</li> <li>- De fikk styrket forholdet sitt, ved at de fikk et dypere bånd og større tillit.</li> <li>- Samtidig hadde de en tvil om fremtiden sammen. Mangel på fysisk intimitet var også med å svekke forholdet.</li> </ul>
Etisk vurdering	Etisk godkjent. Deltakerne måtte avgi skriftlig samtykke.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2. Meget god kvalitet.



Forfattere År Land Tidsskrift	Jönsson, Patrik Dahlquist, Ingela Skarsdatter, Helle Wijk, Ella Danielson. 2011 Sverige International journal of Mental Health Nursing
Tittel	<i>Experience of living with a family member with bipolar disorder</i>
Hensikt	Hensikten med studien var å kartlegge hva det betyr for familiemedlemmer å leve sammen med en voksen person med bipolar lidelse, der de har fokus på deres bekymring for den syke og for fremtiden.
Metode/instrument	Kvalitativ studie. Dette ble gjennomført i form av intervju, med en analysing av innholdet, der forfatter søker etter å finne en mening bak det som kommer fram under intervjuet.
Deltagere/fracfall	17 familiemedlemmer sør i Sverige ble med i studien. Deltagerne var foreldre, ektefeller, partnere eller voksne barn til personer med bipolar lidelse.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pårørende følte de sto alene, og at de manglet støtte og forståelse fra omgivelsene.</li> <li>- Mange betvilte sin egen atferd i forhold til den syke.</li> <li>- De prøvde å opprettholde normalitet i det daglige liv, men følte sykdommen hadde stor innvirkning på livene deres.</li> <li>- De opplevde usikkerhet, og store bekymringer for fremtiden. Pårørende beskrev likevel viktigheten av å inneha håp rettet mot en bedre fremtid.</li> </ul>
Etisk vurdering	<p>Det ble gitt både muntlig og skriftlig informasjon, og det ble innhentet skriftlig tillatelse fra deltagerne. De ble informert om at studien var frivillig, og at de kunne trekke seg om ønskelig.</p> <p>Studien er godkjent av Regional Ethics Board i Lund, Sverige.</p>
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Meget god kvalitet.

Forfattere År Land Tidsskrift	Maskill, V, M.Crowe, S.Luty og P.Joyce. 2010 New Zealand Journal of psychiatric and Mental Health Nursing.
Tittel	<i>Two sides of the same coin: caring for a person with bipolar disorder</i>
Hensikt	Å identifisere og få en bedre forståelse for hvordan livene til pårørende har blitt positivt og negativt påvirket ved å støtte noen med bipolar lidelse.
Metode/instrument	Kvalitativ studie, der det er brukt semistrukturerte intervju, som ble skrevet ned og tatt opp på tape. Disse ble analysert etter tematikk for å finne felles resultater.
Deltakere/fracfall	12 deltakere som var nære pårørende til en person med bipolar lidelse, som måtte oppfylle ulike kriterier for å kunne delta. Det var 11 kvinner og 1 mann som deltok.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- På den positive siden opplevde de nære at de var mer takknemlige og mindre dømmende. De fikk et nærmere og sterkere forhold til personen med BL, og de var mer medfølelse ovenfor andre.</li> <li>- På den negative siden var de trist og sinte over sin situasjon. Sykdommen satte sitt preg på livet grunnet symptomene. De beskrev en depressiv og forferdelig situasjon, og hadde en følelse av håpløshet. Mange fikk en rolle som omsorgsgiver som preget livet deres.</li> <li>- Helsetilbudet var ikke godt nok som pårørende forventet, og de følte de sto alene med ansvaret for den syke.</li> </ul>
Etisk vurdering	Etiske overveielser er beskrevet i artikkelen. Det ble gitt skriftlig informasjon og deltakerne måtte gi skriftlig samtykke.  Etisk godkjent av New Zealand Ministry of Health, Upper South A Regional Ethics Committee.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Meget god Kvalitet.

Forfattere År Land Tidsskrift	Rusner, Marie, Gunilla Carlsson, David Brunt og Maria Nyström 2013 Sverige International journal of Mental Health Nursing
Tittel	<i>Towards a more liveable life for close relatives of individuals diagnosed with bipolar disorder.</i>
Hensikt	Hensikten med studien var å kartlegge hva som gjør livet til pårørende til en person med bipolar lidelse mer levelig.
Metode/instrument	Studien har et kvalitativt, beskrivende og utforskende design. Det ble gjennomført intervju med deltagerne, i tillegg til lydopptak.
Deltagere/fracfall	12 personer, 6 kvinner og 6 menn ble med i studien. Fem av deltagerne var gift eller samboer med en person med bipolar lidelse, fire var foreldre, to var søsken og en person var et voksent barn.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pårørende opplevde at det å holde en viss avstand til den komplekse livssituasjon kunne gjøre situasjonen lettere. Dette kunne dreie seg om avstand fra den syke, for å kunne ta vare på egne behov.</li> <li>- Samtale med andre, som for eksempel venner eller andre med lignende erfaringer ble også trukket fram. De beskrev også viktigheten av å ha muligheten til å forlate den syke, midlertidig eller fast.</li> <li>- Stabilitet i hverdagen i form av rutiner og daglige aktiviteter var med på å redusere stress og engstelse hos pårørende. Støtte fra venner, familie, og fra helsepersonell var viktig for å klare seg i hverdagen.</li> <li>- Kommunikasjon og åpenhet mellom pårørende, den syke, og helsepersonell ble også viktig for å mestre livssituasjonen</li> </ul>
Etisk vurdering	<p>Det ble innhentet skriftlig samtykke fra samtlige deltagere, og de ble fortalt at studien var frivillig. De ble informert om at de kunne trekke om ønskelig. Identiteten ble beskyttet og holdt hemmelig.</p> <p>Studien er godkjent av Regional Ethical Review Board in Gothenburg, Sweden.</p>
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Meget god kvalitet.

Forfattere År Land Tidsskrift	Rusner, Marie, Gunilla Carlsson, David Arthur Brunt og Maria Nyström. 2012 Sverige Issues in Mental Health Nursing
Tittel	<i>The Paradox of Being Both Needed and Rejected: The Existential Meaning of Being Closely Related to a Person with Bipolar Disorder</i>
Hensikt	Å belyse hvordan det er å være i nær relasjon til en person med bipolar lidelse, ut ifra et eksistensielt perspektiv.
Metode/instrument	Kvalitativ studie med et beskrivende og utforskende design. Studien ble utført i form av intervju og lydopptak. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av åpne spørsmål, slik at erfaringer og opplevelser kom tydelig fram.
Deltagere/fracfall	12 personer, 6 kvinner og 6 menn ble med i studien. Fem av deltagerne var ektefelle eller samboer, fire var foreldre, to var søsken og en var et voksent barn til en person med bipolar lidelse.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Det blir presentert to motsetninger i pårørendes relasjon til personen med bipolar lidelse. Pårørende følte seg både verdsatt og avvist på samme tid.</li> <li>- Livet ble overskygget av sykdommen, og pårørendes behov kom i andre rekke.</li> <li>- Pårørende opplevde mangel på informasjon, og følte seg mer til bry enn til hjelp overfor helsevesenet.</li> <li>- De opplevde manglende forståelse fra andre, og var bekymret for framtiden.</li> </ul>
Etisk vurdering	<p>Det ble innhentet skriftlig samtykke fra samtlige deltagere, og de ble fortalt at studien var frivillig. De ble informert om at de kunne trekke om ønskelig, uten å måtte forklare seg. nærmere. Identiteten ble holdt hemmelig.</p> <p>Studien er godkjent av Regional Ethical Review Board in Gothenburg, Sweden.</p>
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Meget god kvalitet.

Forfattere År Land Tidsskrift	Tranvåg, Oscar og Kjell Kristoffersen. 2008 Norge Scandinavian Journal of Caring Sciences.
Tittel	<i>Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time.</i>
Hensikt	Hensikten med studien var å kartlegge erfaringer knyttet til det å være ektefelle eller samboer til en person med bipolar lidelse over tid.
Metode/instrument	Kvalitativ studie i form av to ulike intervju med deltagerne. Det første intervjuet ble tatt opp på lydbånd, og analysert etter tematikk for å finne felles mening og resultat. Det andre intervjuet åpnet for at deltagerne skulle få komme med sine synspunkter på forskerens tolkning av resultatene fra det første intervjuet.
Deltagere/fracfall	8 personer ble med i studien, seks av disse var ektefeller, og to var samboere til en person med bipolar lidelse.
Hovedfunn	Det blir beskrevet ulike erfaringer fra pårørende: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frykt, beskyldninger fra den syke, tvil på seg selv og sin egen dømmekraft.</li> <li>- Noen opplevde god støtte og informasjon, mens andre erfarte å bli oversett av helsepersonell.</li> <li>- Stigma og redusert sosialt nettverk, usikkerhet, ensomhet, sinne og fortvilelse.</li> <li>- Frykten for tilbakefall, egne helseproblemer og sorg.</li> <li>- Akseptasjon, forsoning, og nytt håp var også noe som preget pårørendes erfaringer.</li> </ul>
Etisk vurdering	Det ble innhentet skriftlig samtykke fra samtlige deltagere, og de fikk både muntlig og skriftlig informasjon om studien. Det ble også innhentet samtykke fra personen med bipolar lidelse om at deres ektefelle/samboer kunne delta.  Studien er etisk godkjent av Regional Committee of Medical Research Ethics, Health Region West, Norway, og fra ledelsen fra de to psykiatriske sykehusene som deltagerne ble rekruttert fra.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Meget god kvalitet.

Forfattere År Land Tidsskrift	Van der Voort, Trijntje Y.G., Peter J.J. Goossen og Jaap J.van der Bijl. 2009 Nederland International Journal of Mental Health Nursing.
Tittel	<i>Alone together: A grounded theory study of experienced burden, coping and support needs of spouses of persons with a bipolar disorder.</i>
Hensikt	Å undersøke hvilke byrder ektefeller opplevde ved å bo sammen med en person med bipolar lidelse, hvordan de håndterte situasjonen og behovet for støtte.
Metode/instrument	Kvalitativ studie med bruk av semistrukturerte intervju, som ble skrevet ned og tatt opp på tape. Tematikk som dukket opp i første intervju bygget opp intervju nr. to osv.
Deltakere/fracfall	Det var 15 deltakere som deltok. Det var 11 ektefeller og 4 eks-ektefeller, her av 9 kvinner og 6 menn.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Det var en stor byrde å være ektefelle til noen med bipolar lidelse. Mange opplevde de ikke hadde noen å dele de viktige aspektene av den daglige hverdagen med. De opplevde en følelse av ensomhet, og de var utslitt.</li> <li>- Sykdommen fikk store konsekvenser for arbeidslivet, og det oppsto rolleforandringer innad i forholdet. Ektefellen følte seg ansvarlig for alt.</li> <li>- De fleste prøvde å finne ulike måter å håndtere sykdommen og det nye livet på. Ektefellene prøvde å finne en balanse mellom sine egne behov og den sykes behov. Dette igjen førte til ensomhet. Noen endte også opp med å gå fra sin partner.</li> <li>- De opplevde mangel på profesjonell hjelp og hadde et ønske om mer støtte utenfra, både fra familie og fra helsepersonell.</li> </ul>
Etisk vurdering	Etiske overveielser er beskrevet i artikkelen. Alle deltakerne fikk informasjon, muntlig og skriftlig, og de måtte levere inn skriftlig samtykke. Da alle deltakerne deltok frivillig og alle var friske, var det ikke behov for å søke godkjenning fra Dutch Medical Ethical Committee. De kunne trekke seg når som helst under studien.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Meget god kvalitet.

## Vedlegg 2: søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Bipolar disorder.mp. or Bipolar Disorder/ AND family.mp. or Family/ OR relatives.mp OR care*.mp OR spouse*.mp. or Spouses/ AND experience*.mp. Limit to "2010-current" og "(Danish or English or Norwegian or Swedish)" og "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)"	24.11.2015	OVID MEDLINE	189	38	15	3
Bipolar disorder.mp. or Bipolar Disorder/ AND living with.mp. OR exp. Spouses/ or spouse*.mp. OR family.mp. or Family/ OR relatives.mp or care*.mp. AND experience*.mp. OR impact.mp OR perception.mp. or exp Perception/. Limit to "qualitative (best balane of	26.11.2015	OVID PSYCINFO	274	33	11	2

sensitivity and specificity)" og "(Danish or English or Norwegian or Swedish)"						
Bipolar disorder AND relatives OR family. Limit to "AB abstract".	02.12.2015	CINAHL	353	18	6	3
Bipolar disorder.mp. or Bipolar Disorder/ AND care*.mp AND experience*.mp.	03.12.2015	OVID PSYCINFO	365	4	1	1
All (bipolar disorder) AND all((care* OR spouse* OR family)) AND all(experience* ) Limit to "anywhere except full text" – ALL".	04.12.2015	PROQUEST	309	3	1	1
Bipolar disorder.mp. or Bipolar Disorder/ AND living with.mp.	20.02.2016	OVID PSYCINFO	115	5	1	1



## Vedlegg 3: Sjekklister for vurdering av forskningsartikler

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell  
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

② Alone together : A grounded theory study of experienced burden, coping and support needs of spouses of persons with a bipolar disorder.

### INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b> TIPS: <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> TIPS: <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

*Hensikt: Store innsikt i opplevd byrde og lærende hos ektefeller til pers m/Bl.*

*Studien er ute etter erfaringer.*

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> TIPS: <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b> TIPS: I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige. <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b> TIPS: Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger. <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

*Kommentar: "Grounded theory" tenkning, som gir et godt innblikk i erfaring.*

*Kommentar: Utvalget er beskrevet i selve teksten, samt presentert i en oversiktlig tabell. Utvalget består av ektefeller, både kvinner og menn, med et alderssprang.*

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Semistrukturerte intervju, som ble tatt opp, samt nedskrevet. De utførte intervju, til det ikke kom opp nye tema. Dette førte til at de fikk et bredere <del>utvalg</del> bilde av erfaringene de ønsket å kartlegge.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Systematisk analysert ved hjelp av kodeteknikker, samt et digitalt analyseverktøy.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Forskeren har gjort rede for sitt teoretiske ståsted. + hun er en psykiatrisk spl ml 30 års erfaring, og studien var en del av en masteroppgave innenfor spl.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Funnene underbygges i diskusjonen ved hjelp av annen forskning, samt av relevant litteratur.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>0</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>0</p>
	<p><b>Kommentar:</b> De vurderte det ut her at de ikke hadde behov for å få etisk godkjenning fra etisk komite. Men etiske forhold er vurdert, deltakerne fikk informasjon skriftlig + muntlig, samt ga skriftlig samtykke.</p>		

### HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>0</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>0</p>
	<p><b>Kommentar:</b> Hovedfunnene er konkrete og utfyllende og har hver sin overskrift. Hovedfunnene svarer på hensikten i studien.</p>		

### KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b> Funnene er relevante for praksis, da studien er utført i Nederland. Dette er et vestlig land, og vi kan dra lærer av dette. Funnene er relevante for oss, fordi de dekker pårørelses erfaringer hos mennesker med BL, noe som gjør at funnene er relevante for vår hensikt.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Meget god kvalitet.

## SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

① Family caregiving in bipolar disorders: caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress.

<sup>1</sup>  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
<i>Hensikt, se artikkelen</i>			
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input checked="" type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
<i>Kunne vært kvalitativ for et mer utfyllende svar, men de ønsket en kvantitativ tilnærming.</i>			

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? <i>TIPS:</i> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? <i>TIPS:</i> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

<p><b>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b></p> <p>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kort foreklart hvorfor de har merket frafall.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>6. Er svarprosenten høy nok?</b></p> <p>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på &gt;70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>73% de tok</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</b></p> <p>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Sannnlige spørreskjema er vurdert til å være valide.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</b></p> <p>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Alle fikk samme spørreskjema.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</b></p> <p>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>10. Hva er resultatet i denne studien?</b></p> <p>TIPS: Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p><b>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</b> Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Konsekvenser som bekymring for fremtiden, for pasienten og økt stress. Samt ulike mestingsstrategier kommer frem. Men overraskende mange var blitt vant til situasjonen.</p> <p>Det oppgis ulike p-verdier som viser at noen av resultatene kan skyldes tilfeldigheter.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p><b>11. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</b></p> <p>TIPS: Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

Delvis. Noen resultater stemmer overens, sannodig med at det finnes avvik som er av betydning. Vi valgte å fokusere på resultatene som står oppført i tekstene.



# Vedlegg 4: Oversiktsplakat til analyse

	DEL 1	DEL 2	DEL 3	DEL 4	DEL 5	DEL 6	DEL 7	DEL 8	DEL 9
1) Eksperiment til ledning i en ledning. Hvordan ser ledning ut?	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)
2) Hvor kjempestør er atomer? Hvor stort er rommet mellom dem? Hvordan ser rommet ut?	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)
3) Hvordan er atomene i et fast stoff? Hvordan er de i en væske? Hvordan er de i en gass?	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)
4) Hva er forskjellen på ledning og isolasjon? Hvordan ser de ut?	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)
5) Hvordan er ledning i et fast stoff? Hvordan er de i en væske? Hvordan er de i en gass?	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)
6) Hvordan er ledning i et fast stoff? Hvordan er de i en væske? Hvordan er de i en gass?	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)
7) Hvordan er ledning i et fast stoff? Hvordan er de i en væske? Hvordan er de i en gass?	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)
8) Hvordan er ledning i et fast stoff? Hvordan er de i en væske? Hvordan er de i en gass?	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)
9) Hvordan er ledning i et fast stoff? Hvordan er de i en væske? Hvordan er de i en gass?	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)
10) Hvordan er ledning i et fast stoff? Hvordan er de i en væske? Hvordan er de i en gass?	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)	... (handwritten notes)