



# BACHELOROPPGAVE

Psykososiale behov etter hjerneslag

Psychosocial Needs After Stroke

**Kandidatnummer 351**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund

Innlevering 06.05.20 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Sammendrag

**Bakgrunn for valg av tema:** Bakgrunnen for valget av dette temaet bygger på egne erfaringer innen helsevesenet, samt et ønske om mer informasjon rundt dette. Ved symptomer etter hjerneslag, er de emosjonelle symptomene de mest oversette problemene (Andreassen, 2013, s. 557). Dette er noe jeg ønsker å gå nærmere inn på, slik at jeg kan tenke på dette når jeg møter disse pasientene selv.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere ivareta pasientenes psykososiale behov etter et gjennomgått hjerneslag?

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å tilegne mer kunnskap om de psykososiale behovene og reaksjoner etter et hjerneslag, med fokus på depresjon. Hensikten vil også være å få mer kunnskap om hvordan man kan få disse pasientene til å føle seg ivaretatt i rehabiliteringsfasen etter endt innleggelse på sykehus.

**Metode:** Litteraturstudie er metoden som er brukt i denne oppgaven. For å få svar på problemstillingen har jeg drøftet ut i fra funnene i fem ulike forskningsartikler, samt anvendt teori fra pensum og annen relevant sykepleiefaglig litteratur.

**Funn:** Kartlegging er viktig for å oppdage depressive symptomer hos pasientene, slik at man kan utøve videre sykepleietiltak. Depressive symptomer har mange likheter med symptomer og konsekvenser etter hjerneslag, og er en vanlig komplikasjon etter et slag.

Kartleggingsverktøyene MADRS, Barthel Index og Bech Depression Index blir sett på som nyttige. I tillegg blir et eget kartleggingsverktøy mot depresjon etter hjerneslag diskutert og vurdert. En stor andel hjerneslagpasienter er innlagt på sykehjem. Det nevnes også at ensomhet, sosial nettverk og endring av livssituasjon spiller inn som medvirkende faktor. Sykepleierens positive fremtoning og motivasjon trekkes frem som nyttig.

Det kommer også frem at flere av pasientene med høyere forekomst av depresjon etter hjerneslag ikke har akseptert sin funksjonsnedsettelse, og at større funksjonsnedsettelse øker forekomsten av depresjon etter slag. Rehabilitering og fysisk aktivitet og trening trekkes frem som punkter sykepleierne bør fokusere på for å øke pasientenes ADL-funksjon.

**Oppsummering:** Kartleggingsverktøy er nyttig i prosessen av å oppdage depresjon og depressive symptomer hos hjerneslagpasienter, da disse symptomene ofte kan bli oversett som følger av at de har likheter med andre komplikasjoner etter et slag. Sorgreaksjon etter slag er relativt vanlig, og dette er noe man kan forveksle med depresjon hos disse pasientene. Det er

viktig med støttende relasjoner, tilrettelegging til hver enket, og at pasientene er i fokus, slik at de bli trygget på den nye situasjonen de er i. Ensomhet og depresjon er vanlig hos slagpasienter, spesielt på sykehjem. Tiltak for å trives bedre på institusjonen og den nye situasjonen er essensielt.

## Abstract

**Background for choice of theme:** The reason for choosing this theme is based on my own experiences in the health care system, as well as a desire for more information about this. In post-stroke symptoms, the emotional symptoms are the most overlooked problems (Andreassen, 2013, p. 557). This is something I want to explore, so that I can think about this when I meet these patients myself.

**Research question:** How can nurses take care of patients psychosocial needs after a stroke?

**Purpose:** The purpose of this assignment is to gain more knowledge about the psychosocial needs and reactions following a stroke, focusing on depression. The aim will also be to gain more knowledge about how to make these patients feel cared for during the rehabilitation phase after completing hospitalization.

**Methods:** Literature study is the method used in this assessment. In order to answer research question, I have discussed the findings of five different research articles, as well as applied theory from the curriculum and other relevant nursing literature.

**Findings:** Mapping is important for detecting depressive symptoms in patients, so that further nursing measures can be exercised. Depressive symptoms have many similarities to symptoms and consequences after stroke, and are common complications post-stroke. The mapping tools MADRS, Barthel Index and Bech Depression Index are considered useful. In addition, a separate mapping method for post-stroke depression is discussed and evaluated. A large proportion of stroke patients are admitted to nursing homes. It is also mentioned that loneliness, social networking and change of life situations play a contributing factor. The positive appearance and motivation of the nurse is highlighted as useful.

**Summary:** Mapping tools are useful in the process of detecting depression and depressive symptoms in stroke patients, as these symptoms can often be overlooked as a result of being similar to other complications after a stroke. Grief response after stroke is relatively common

and can be mistaken for depression in these patients. It is important to have supportive relationships, adapt to each individual, and focusing on the patient, so that they are assured of the new situation they are in. Loneliness and depression are common in stroke patients, especially in nursing homes. Measures to improve the institutional feeling and their new situation are essential.

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Introduksjon</b> .....	<b>7</b>
1.1 Presentasjon av tema .....	7
1.2 Begrunnelse for valg av tema .....	8
1.3 Hensikt.....	8
1.4 Presentasjon av problemstilling .....	9
1.5 Presisering og avgrensing .....	9
<b>2. Teori</b> .....	<b>10</b>
2.1 Teoretisk perspektiv .....	10
2.1.1 Relasjon i sykepleie .....	10
2.2 Hjerneslag.....	11
2.2.1 Det fysiske .....	12
2.2.2 Det kognitive .....	13
2.2.3 Det emosjonelle og sosiale.....	13
2.2.4 Psykososiale behov og sykepleie.....	15
2.2.5 Rehabilitering og sykepleie.....	16
<b>3. Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1 Hva er metode? .....	17
3.2 Litteraturstudie som metode .....	17
3.3 Praktisk fremgangsmåte ved litteratursøk .....	18
3.4 Kvantitativ og kvalitativ metode.....	20
3.5 Metodekritikk .....	21
3.6. Kildekritikk .....	21
3.7 Forskningsetikk.....	21
<b>4. Resultat/Funn</b> .....	<b>22</b>
4.1 Artikkel 1: Å leve med depresjon etter hjerneslag.....	22
4.2 Artikkel 2: Depression in Older Residents With Stroke Living in Long-Term Care Facilities. ....	23
4.3 Artikkel 3: Quality of life of patients with stroke rehabilitation. ....	23
4.4 Artikkel 4: Quality of Life and Loneliness in Stroke Survivors Living in Appalachia. ....	24
4.5 Artikkel 5: Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital.....	24
4.6 Oppsummering av resultat og funn .....	25
<b>5. Drøfting</b> .....	<b>26</b>
5.1 Kartleggingsverktøy .....	26

5.2 Sosial kontakt og trivsel.....	28
5.3 Depresjon eller sorg .....	29
5.4 Sykepleieren: en støtte.....	30
<b>6. Konklusjon/Avslutning.....</b>	<b>31</b>
<b>7. Referanseliste.....</b>	<b>33</b>
<b>8. Vedlegg .....</b>	<b>37</b>
8.1 Vedlegg 1: PICO- skjema.....	37
8.2 Vedlegg 2: Eksempel på litteratursøk.....	38
8.3 Vedlegg 3: Kvalitativ sjekklister .....	39
8.3 Vedlegg 3: Eksempel på litteratursøk.....	45

# 1 Introduksjon

## 1.1 Presentasjon av tema

Hjerneslag er en relativ vanlig sykdom, spesielt blant eldre mennesker. I 2019 levde det anslagsvis 60.000 mennesker i Norge som hadde gjennomgått et hjerneslag i løpet av livet (Norsk Helseinformatikk, 2019). På samfunnsnivå kan det derfor tenkes at de fleste kjenner noen eller vet om noen. Dette er derfor generelt et svært relevant og aktuelt tema for helsearbeidere, og ikke minst sykepleiere. Som sykepleier er dette en pasientgruppe det er stor sannsynlighet for at man kommer til å møte i praksis, og det er derfor et interessant tema å fordype seg i som kommende sykepleier.

Personer som gjennomgår et hjerneslag blir utsatt for en stor omveltning, noe som kan gi ulike konsekvenser, både psykisk og somatisk. Psykososiale reaksjoner etter et hjerneslag er vanlig, og omfanget kan variere avhengig av slagets alvorlighet. Psykososiale behov kan bli påvirket av begrensninger av pasientens andre behov, noe som igjen kan føre til frustrasjon og videre depresjon og andre plager. Depressive symptomer er et relativt velkjent fenomen etter et hjerneslag (Kouwenhoven og Kirkevold, 2019a) I en hektisk hverdag som sykepleier kan pasientenes psykososiale behovene bli oversett, da man har mange andre oppgaver man må prioritere. Men som sykepleier står man alltid i en hjelpende prosess. Når man som sykepleier observerer, registrerer eller underviser vil hensikten alltid være å hjelpe de enkelte til å mestre eller forebygge sykdom eller lidelse, i tillegg til å opprettholde best mulig helsetilstand (Travelbee, 2001, s. 34-35).

Rehabiliteringen etter et hjerneslag starter allerede i akutfasen ved innleggelse i sykehus, og videre inn i subakutte faser (Wergeland, Ryen, Ødegaard-Olsen, 2017, s. 315). Behandlingen i akutfasen har stor betydning for omfanget av skader som kan oppstå (Kouwenhoven og Kirkevold, 2019a) Etter endt innleggelse på sykehus er det vanlig med opptrening og rehabilitering på sykehjem, spesielt for de som er hardest rammet. I denne fasen vil det for mange være vel så utfordrende med de psykososiale reaksjonene, som de somatiske utfordringene. Under rehabilitering etter sykehusinnleggelse er det psykososiale behovet et viktig aspekt, noe som gjerne underbygges av motivasjon, støtte og en god relasjon med pleieren.

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema

Bakgrunnen for valget av dette temaet bygger på egne erfaringer innen helsevesenet, samt et ønske om mer informasjon rundt dette.

Etter et gjennomgått hjerneslag er det mange faktorer som kan påvirke det psykososiale aspektet hos pasientene, og som kan føre til et økt behov for noen å snakke med. Ved symptomer etter hjerneslag, er de emosjonelle symptomene de mest oversette problemene (Andreassen, 2013, s. 557). Dette er noe jeg ønsker å gå nærmere inn på, slik at jeg kan tenke på dette når jeg selv møter disse pasientene.

En av mine erfaringer fra korttidsavdeling på sykehjem ga meg et inntrykk av at fokus på det somatiske under rehabiliteringen blir vektlagt mer enn det psykososiale aspektet. Jeg møtte blant annet en eldre dame i 70-årene, som hadde gjennomgått et kraftig hjerneslag og var tydelig somatisk preget. Hun skulle få opptrening, og måtte følge treningsprogram fra fysioterapeut. Hun var overvektig og øktene var ofte tunge å gjennomføre. Treningsøktene tok som lang tid, noe som ga konsekvenser ovenfor andre oppgaver pleierne ønsket å gjennomføre. I tillegg til treningsøktene hadde hun et ønske om å snakke, og hadde mange tanker angående situasjonen sin. Hun ønsket også å trene seg opp igjen, men alt virket håpløst da treningene ble mer et «ork» enn en motivasjon. Hun viste flere depressive symptomer, samt engstelse rundt sin situasjon. Dette gikk igjen utover treningen, og det ble en «ond sirkel».

Behovet for en god samtale med pleierne gjaldt også for flere av de andre pasientene, hvorav det var slagpasienter i ulike aldre, samt pasienter med andre sykdommer og utfordringer. Det var gjentatte ganger jeg skulle ønske jeg hadde hatt mulighet til å sette meg ned med dem for å snakke, men tiden strakk dessverre ikke til. Jeg satt igjen med en følelse av at vi brukte for mye energi på å trene opp det fysiske, når det også var et stort behov for psykososial rehabilitering og et økt ønske om menneskelig kontakt og støtte. Som nevnt over er hjerneslag en vanlig lidelse, og det er derfor relevant for meg å sette meg inn i som kommende sykepleier.

## 1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å tilegne mer kunnskap om de psykososiale behovene og reaksjoner etter et hjerneslag, med fokus på depresjon. Hensikten vil også være å få mer



kunnskap om hvordan man kan få disse pasientene til å føle seg ivaretatt i rehabiliteringsfasen etter endt innleggelse på sykehus. Dette vil jeg påstå er et veldig relevant tema for meg som kommende sykepleier, og dette er noe jeg håper å få utbytte av senere i yrket. For å tilegne meg ny kunnskap vil jeg lese pensum og ulike forskningsartikler, samt annen relevant sykepleiefaglig litteratur.

#### 1.4 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleiere ivareta pasientenes psykososiale behov etter et gjennomgått hjerneslag?

#### 1.5 Presisering og avgrensing

Oppgaven vil bli avgrenset til psykososiale behov og reaksjoner, med spesielt fokus på depresjon og depressive symptomer hos eldre etter hjerneslag. Depresjon og depressive symptomer er vanlig etter et hjerneslag, og dette er noe jeg vil gå mer inn på i denne oppgaven. Psykososiale og fysiske komponenter påvirker hverandre, og utgjør en helhet i det enkelte menneske (Stubberud, 2019, s. 18). Dette vil si at selv om fokuset ligger på det psykososiale aspektet, vil det derimot også være relevant å trekke inn det fysiske aspektet, da disse påvirker hverandre. De somatiske og fysiske utfordringene vil bli sett på som faktorer til psykososiale reaksjoner og konsekvenser, og eventuelt omvendt.

Som kontekst vil jeg avgrense oppgaven til rehabiliteringsfasen etter endt sykehusinnleggelse, på sykehjem eller lignende institusjoner, for rehabilitering. Altså den første perioden etter endt sykehusinnleggelse. Med institusjoner tenker jeg på rehabiliteringssentre, korttidsavdelinger eller mottaksavdelinger med et spesielt fokus på rehabilitering. Noen har muligens også behov for lengre opphold på sykehjem, grunnet større funksjonsnedsettelse.

Mitt mål er at leseren skal få et innblikk i hvordan det oppleves å gjennomgå et slag, og hvordan man kan ivareta disse pasientenes behov knyttet til det psykososiale aspektet. Jeg ønsker å gi leseren mer forståelse for hva som kan forårsake depresjon og depressive symptomer hos denne pasientgruppen, samt hvilke tiltak man kan iverksette som sykepleier for å få dem til å føle seg ivaretatt. Ved å spesielt fokusere på depresjon håper jeg at denne oppgaven kan hjelpe andre helsepersonell til å bli mer bevisste på dette som en konsekvens etter hjerneslag, samt ivaretakelsen av disse pasientene.

## 2. Teori

Teorier leder oppmerksomheten vår bort fra noe, så vel som til noe. Det er også blitt vist at uten teoretisk refleksivitet kan feilaktige teorier bli gjentatt i forskjellige forkledninger (Schibbye, 2012, s. 23). Et teoretisk perspektiv dreier seg om å undersøke et fenomen ut fra en spesifikk betraktningmåte eller en spesiell synsvinkel (Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne, 2015, s. 27).

### 2.1 Teoretisk perspektiv

#### 2.1.1 Relasjon i sykepleie

Med relasjon i sykepleiesammenheng tenker man ofte på hvordan forholdet er mellom den som søker hjelp, og den som skal hjelpe (Karlsson og Oterholt, 2015, s. 61). En god og fungerende relasjon er et resultat av en samhandling og et dynamisk samspill mellom den profesjonelle og pasienten eller brukeren (Karlsson og Oterholt, 2015, s. 64).

Joyce Travelbee er av stor relevans når det kommer til relasjonsbegrepet innenfor sykepleie. En grunntanke hos henne er at sykepleieren og den syke skal forholde seg til hverandre som noe mer enn bare sykepleier og pasient. Hun mener man skal forholde seg til hverandre som unike menneskelige individer. Hun betegner denne gjensidige relasjonen som et menneske-til- menneske- forhold, og definerer det slik:

*Et menneske-til- menneske- forhold i sykepleiersituasjonen er virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt nemlig å hjelpe et individ (eller en familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 171).*

Travelbee forholder seg til mennesker som unike personer, hvor ethvert menneske er uerstattelig og forskjellige fra de andre. Hennes sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn, og på det grunnlag at smerte og lidelse er en del av menneskenes liv. Ut i fra denne tenkningen vil sykepleien bestå av å hjelpe pasientene med å finne en mening i situasjonen den er i. Her kommer begrepet menneske-til-menneske-forhold inn, noe som er svært sentralt i Travelbees sykepleietenkning (Kristoffersen, 2016, s. 29). Et slikt forhold mellom pasient og pleier kan virke styrkende i opparbeiding av en relasjon mellom dem. Ved å se hver enkelt pasient som et unikt individ vil man kunne gi en mer personsentrert pleie, og ivareta deres behov på en tilfredsstillende måte. I ivaretagelse av

pasienter som har gjennomgått hjerneslag vil det være relevant å bruke Travelbees grunntanker i dannelsen av relasjoner, og generelt i pleien.

Som pasient er man i en sårbar situasjon, og man er ofte avhengig av hjelp for å dekke grunnleggende behov, samt oppnå forbedring av helse og sykdom. Som sykepleier har man en profesjonell rolle, og en «makt» ovenfor pasientene og oppgaver som skal utføres. Man har forpliktelser og retningslinjer man må følge. Travelbee (2001) ønsket ikke å fokusere på rollene som pasient og sykepleier, men heller se på pasient og pleier som to unike individer, i kontakt med hverandre.

## 2.2 Hjerneslag

Hjerneslag er en sykdom som rammer sentralnervesystemet, og er en av de hyppigste sykdommene innenfor dette feltet (Andreassen, 2013, s. 538). Hjerneslag kan defineres på ulike måter. Jeg har valgt disse to definisjonene:

*Hjerneslag, eller apoplexia cerebri, betegner en plutselig skade på hjernevevet som følge av at blodtilførselen til et område av hjernen plutselig opphører enten på grunn av hjerneinfarkt eller blødning fra en arterie i hjernen (Bertelsen, 2016, s. 326).*

*Hjerneslag defineres av Verdens helseorganisasjon (referert i Landsforeningen for slagrammede, 2020) som «en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død»*

Hjerneslag kan også defineres som en samlebetegnelse for alle tilstander som fører til sirkulasjonsforstyrrelser i hjernen. Under denne samlebetegnelsen inngår hjerneinfarkt, hjerneblødning, samt subaraknoidalblødning til tross for at dette er en annen sykdom, og som oftest rammer yngre mennesker (Bertelsen, 2016, s. 325). Jeg kommer kun til å ta utgangspunkt i hjerneinfarkt og hjerneblødning hos eldre.

I Norge blir det hvert år innlagt ca. 11.000 pasienter i sykehus med sitt første hjerneslag. I tillegg forekommer det ca. 2500 tilfeller hos pasienter som tidligere har vært rammet av sykdommen. I Norge forårsaker hjerneslag ca. 1500-2000 dødsfall årlig, det er den sykdomsgruppen som krever flest pleiedøgn i den somatiske delen av helsetjenesten. Det lever anslagsvis ca. 60.000 mennesker i Norge i dag som har gjennomgått et hjerneslag, hvorav ca. to tredjedeler av disse har en funksjonssvikt grunnet slaget (Norsk Helseinformatikk, 2019)

Hjerneslag kan føre til ulike konsekvenser og utfordringer som avhenger av flere ulike faktorer. Disse faktorene er blant annet hvilken del av hjernen som er rammet, hvor kraftig slaget er, hvor raskt man får akutt behandling og pasientens ressurser. Under har jeg delt inn teorien om hjerneslag i tre deler, hvor jeg beskriver de ulike delene, alt i fra det patologiske til symptomer og ulike reaksjoner. Jeg vil gå noe mer inn på depresjon.

### 2.2.1 Det fysiske

#### 2.2.1.1 Årsaker

Det er flere ulike patologiske årsaker til hjerneinfarkt. Aterosklerose i de store arteriene som går inn til hjernen (arteria vertebralis og arteria carotis interna) er hovedårsak, og utgjør 50%, mens aterosklerose i de mindre arteriene og emboluser fra hjertet utgjør ca. 20-25 % hver. Hjerneblødning forekommer når et intracerebralt kar sprekker spontant, og skyldes som oftest bruk av blodfortynnende medikamenter eller ubehandlet høyt blodtrykk over en lengre periode (Bertelsen, 2016, s. 326).

#### 2.2.1.2 Symptomer

Symptomene på et hjerneslag er avhengige av hvor kraftig blødningen eller infarkt er, og i hvilken hjernedel det rammer. Dersom sirkulasjonen gjenoprettes innen få minutter vil symptomene gå tilbake, og dette blir kalt for et transitorisk iskemisk anfall (TIA) (Bertelsen, 2016, s. 326). Skade i den ene hemisfæren i hjernen vil forårsake motoriske utfall på den motsatte kroppshalvdelen, helt fra parese til total paralyse (Wergeland, Ryen, Ødegaard-Olsen, 2016, s. 306). Vanlige utfall ved skade i venstre hjernehalvdel: Lammelse på kroppens høyreside, mindre følsomhet for berøring, temperatur og smerte på høyresiden, afasi og forsiktede og langsomme. Utfallene ved skade i høyre hjernehalvdel gir også lammelser på motsatt side, mindre følsomhet for berøring, temperatur og smerte. Skade på denne siden gir også problemer med orientering, man handler ofte impulsivt og raskt og man kan ofte oppleve vanskeligheter med å oppfatte sanseintrykk fra venstre side (Landsforeningen for slagrammede, 2020b).

#### 2.2.1.3 Behandling

Hovedhensikten med akuttbehandling av hjerneslag er å begrense hjerneskadene og funksjonsforstyrrelsen ved å gjenopprette sirkulasjon til hjernen så fort som mulig, (Bertelsen, 2016, s. 326). Behandlingen av hjerneslag har endret seg mye de siste 25 årene, med blant annet etablering av egne slagenheter (Næss, 2017).

For behandling av hjerneinfarkt har det skjedd vesentlige fremskritt de siste årene. Det begynte først med intravenøs trombolytisk behandling innen tre timer etter symptomstart, noe som senere er blitt forlenget til 4,5 timer. De siste ti årene har også mekanisk fjerning av blodpropper (trombektomi) i de intrakranielle blodårene i økende grad blitt tatt i bruk (Næss, 2017).

### 2.2.2 Det kognitive

Kognitivt utfall etter et hjerneslag kan kalles for et «usynlig utfall», da det i motsetning til lammelser er noe som ikke synlig for omgivelsene rundt (Landsforeningen for slagrammede, 2020d). Samlebetegnelsen for de ulike problemene som oppstår når de kognitive prosessene blir rammet blir kalt for nevropsykologiske, eller ikke- språklige kognitive symptomer (Wergeland, Ryen og Ødegaard- Olsen, 2016, s. 307). Kognitiv svikt oppstår hos ca. 70% av pasientene under akuttfasen, men har stor tendens til å bedres i løpet av de første ukene etter slaget (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016, s. 307).

#### 2.2.2.2 Ulike utfordringer/utfall

### **Fatigue**

Fatigue er et som ofte påvirker hjerneslagspasienter. Kjennetegnet på fatigue er trøtthet, utmattelse og redusert aktivitetskapasitet, og er ofte i sammenheng med svekket livskvalitet (Linnerud og Bragstad, 2020).

### **Hukommelsestap**

De aller fleste som har gjennomgått et hjerneslag opplever dårligere kapasitet enn tidligere til å ta inn og huske ny informasjon (Landsforeningen for slagrammede, 2020c).

### 2.2.3 Det emosjonelle og sosiale

Hjerneslag kan føre til psykiske forandringer hos pasienten, og kommer delvis av hjerneskadene, i tillegg til at det kan ses på som en reaksjon på hendelsen (Wergeland, Ryen, Ødegaard-Olsen, 2016, s. 306). Etter et hjerneslag er det mange inntrykk pasientene må fordøye, deriblant mestring av en ny livssituasjon. Det kan tenkes at det er mange tanker som må prosesseres. Tanker rundt sykehusinnleggelse og eventuelt innleggelse på sykehjem, fysiske forandringer og begrensninger etc.

### 2.2.3.2 Ulike utfordringer

#### **Tap og sorg**

Flere slagrammede opplever i større eller mindre grad et tap av funksjonsevne eller utfoldelsesmuligheter, det samme gjelder ofte for familien. Mange kan kjenne på en sorg, lik som den man føler på når man mister en som er kjær, enten ved død eller annet. Pasienten opplever et stort tap, og det er naturlig å sørge, eller kjenne på fortvilelse og frykt (Landsforeningen for slagrammede, 2020e).

#### **Angst**

Det er vanlig å få lettere former for angst etter å ha blitt utsatt for situasjoner som oppleves som truende eller farlig (Stubberud, 2019, s. 81). Hvordan man reagerer på angst er individuelt. I tillegg til selve angstopplevelsen, som kan gi følelsen av å ha sommerfugler i magen eller en tomhetsfølelse, kan den også trigge det sympatiske og det parasympatiske nervesystemet, noe som kan gi ulike stressreaksjoner hos pasienten (Stubberud, 2019, s. 82).

#### **Depresjon**

Lett depresjon er en vanlig komplikasjon hos en rekke kritiske og akutte sykdommer, deriblant hos hjerneslagpasienter (Stubberud, 2019, s. 83). Selvet begrepet depresjon kommer av det latinske ordet «*depressio*», noe som betyr nedtrykning. Karakteristiske symptomer ved depresjon er nedsatt stemningsleie, energitap eller tretthet, samt gledes- og interesseløshet (Stubberud, 2019, s. 83).

Måling og diagnostisering av depresjon kan gjøres ved hjelp av ulike skalaer og spørreskjemaer, som for eksempel Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) eller Geriatric Depression Scale, som er spesielt for eldre pasienter (Stubberud, 2019, s. 83).

Depresjon kan være organisk betinget, men er som oftest et resultat av en sorgreaksjon pasientene kan oppleve etter slaget, og som de må arbeide seg igjennom. Så mange som 30-50 % av alle pasientene som har gjennomgått et hjerneslag opplever en form for depresjon. Dette kan igjen føre til en redusering av rehabiliteringspotensialet hos pasientene (Wergeland, Ryen, Ødegaard, Olsen, 2017, s. 310).

Man kan benytte ulike tiltak for å forebygge eller behandle en depresjon etter hjerneslag. Dette kan være ulike psykologiske intervensjoner (Kouwenhoven og Kirkevold, 2019a), i tillegg til at flere hjerneslagpasienter med depresjon ha nytte av antidepressiv medisin (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016, s. 310 og Kouwenhoven og Kirkevold, 2019a).

Pasientenes problemer knyttet til seksuell helse blir ofte oversett i klinisk praksis. Dette er et tema mange pasienter og deres pårørende ønsker mer rådgivning og informasjon om etter et hjerneslag, men temaet kan være vanskelig å ta opp. Redusert seksualfunksjon etter et hjerneslag kan komme av nedsatte motoriske, sensoriske og kognitive funksjoner, samt at depresjoner kan være en årsak (Andreassen, 2013, s. 565).

#### 2.2.4 Psykososiale behov og sykepleie

Menneskets grunnleggende behov kan deles inn i fysiske, åndelige, psykososiale og seksuelle behov. Behovene kan også beskrives som fundamentale, universelle, allmennmenneskelige eller primære, og blir påvirket ved helsesvikt og sykdom. Psykososiale behov er knyttet til menneskets psyke, altså det sjelelige eller mentale, og kan beskrives som menneskets sjeloliv (Stubberud, 2019, s. 16).

Som sykepleier vil man møte slagrammede pasienter i ulike faser av livet med sykdommen, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Hvordan sykepleieren går frem for å hjelpe pasientene avhenger av hvilket utfall slaget har hatt for pasienten, og dens funksjonsnivå (Wergeland, Ryen, Ødegaard-Olsen, 2017, s. 304). Et hjerneslag medfører store forandringer for et menneske, og man kan som pasient oppleve at livet blir snudd på hodet etter en slik akutt hendelse. Man sitter gjerne igjen med mange tanker, og frustrasjon, spesielt hvis slaget har hatt et større utfall. En slik situasjon vil være en utfordring både for pasienten og deres pårørende. God informasjon til pasienten og pårørende er dermed viktig. Pårørende er ofte en stor ressurs for både pasienten og pleiepersonell. Som sykepleier er det viktig å kunne forstå hva som står på spill for de som er rammet, samt hjelpe pasienten og pårørende med å finne svar på hva slags konsekvenser sykdommen har på sikt (Andreassen, 2013, 564).

Hjerneslag kan oppleves katastrofalt for både pasienten og dens pårørende (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2017, s. 309). Psykiske forandringer, nevropsykologiske utfall, kommunikasjonsproblemer, tretthetssymptomer, synsutfall og smerter er noen problemer som får psykososiale konsekvenser for pasienten. Problemene kan få følger for pasientens eget selvbilde, relasjon til andre mennesker og syn på livet og fremtiden (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2017, s. 312).

For å kunne ivareta pasientenes psykososiale behov må man som sykepleier prøve å oppnå en forståelse av hvordan pasienten opplever det å være syk. Hvilke konsekvenser akutt/og eller

kritisk sykdom har for pasientenes psykososiale behov, har en sammenheng med pasientens egne følelser, opplevelse og mestring av pasientrollen, samt hvordan sykepleieren tilfredsstiller deres psykososiale behov (Stubberud, 2019, s. 23).

Både pasienten selv, og deres pårørende har et økt behov for informasjon etter et hjerneslag. De trenger informasjon om hva som har skjedd, videre forløp, hvilke prøver som skal tas, og resultatene av disse, samt hvorfor pasienten eventuelt ikke klarer forskjellige oppgaver. Hvordan denne informasjonen gis, er avhengig av hvilke utfordringer den enkelte pasienten har (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016, s. 325).

#### 2.2.5 Rehabilitering og sykepleie

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) nevner eksplisitt psykososial rehabilitering og hva dette innebærer. Forskriftens formål er å sikre at personer som har behov for enten sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys tjenester som kan bidra med motivasjon, stimulering av egen læring, likeverdighet, deltakelse, samt økt funksjons- og mestringsevne. I tillegg skal forskriftene styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient/bruker og eventuelle pårørende, samt mellom tjenesteytere på tvers av, eller innen et eller flere forvaltningsnivå.

Hjerneslag kan ramme personer i forskjellige stadier i livet, og kan ha mange ulike utslag. På grunn av at det dreier seg om ulike personer, er det viktig at bistanden under rehabiliteringen blir tilpasset enkeltmennesket (Normann, Tveit Sandvin og Tommesen, s. 35). Som sykepleier er det derfor viktig å tilpasse rehabiliteringen til hver enkelt, og se den enkelte pasientens behov. Pasientens psykososiale rehabilitering kan ta opptil ett år, eller mer (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016, s. 325).

Ved rehabilitering er tverrfaglig arbeid og samarbeid viktig. Et kjennetegn ved profesjonelt arbeid innen rehabilitering er alle de ulike yrkesgruppene og fagområdene som er involvert og bidrar (Solvang og Slettebø, 2012, s. 29). I tillegg til dette er samarbeid med pasienten spesielt viktig. Under rehabilitering ved et gjennomgått hjerneslag har sykepleieren flere funksjoner, blant annet en fortolkende, støttende og bevarende funksjon. Sykepleierens støttende funksjon innebærer å skape trygghet og tillit, samt å få pasienten til å opprettholde håp for å forebygge depresjon hos pasienten. Ved rehabilitering kan dette innebære å tilpasse øvelsene til hver enkelt pasient, slik at den opplever mestring. Sykepleieren har også en fortolkende funksjon, hvor fokuset vil være på å hjelpe pasient og pårørende til å få større klarhet i den nye situasjonen. Sykepleieres bevarende funksjon er å sørge for at pasientenes grunnleggende



behov blir ivaretatt, samt at deres psykiske og fysiske energi opprettholdes (Wergeland, Ryen, Ødegaard-Olsen, 2017, s. 304).

Begrepene mestring og motivasjon kommer frem som sentrale i forskriften om habilitering og rehabilitering (2011). Ordet motivasjon stammer fra det latinske ordet «movere», som betyr å bevege. Begrepet er et av flere begrep som kan forbindes med rehabilitering, og har ofte en sammenheng med begrepene håp og realisme (Normann, Sandvin og Thommesen, 2013, s. 62-63). Som sykepleier er det viktig å motivere pasientene til å fullføre sine mål, for å oppnå best mulig resultat. Motivasjon henger mye sammen med relasjonsbygging, som nevnt ovenfor. For å motivere pasientene vil det være naturlig å bygge opp en relasjon, slik at de tar til seg rådene du kommer med.

Når man opplever stress, blir det iverksatt forsvarsmekanismer, også kalt mestringsmekanismer. I likhet med at stress og opplevelsen av stress er individuelt betinget, er også muligheten for mestring ulikt fra person til person. I tillegg til dette er den enkeltes mestringsmekanismer avhengig av pasientens situasjon, i hvilken grad han/hun er rammet av sykdom, individuell styrke og personens ressurser for mestring (Stubberud, 2019, s. 33). I Travelbees tenkning er begrepene mestre, finne mening og håp sentrale (Kristoffersen, 2016, s.30).

### 3. Metode

I denne delen av oppgaven vil jeg gå inn på hvilke metoder jeg har brukt for å finne relevante artikler, samt gjøre rede for metode, litteraturstudie som metode, litteratursøk, kildekritikk og etikk.

#### 3.1 Hva er metode?

*Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling* (Thidemann, 2015, s. 76). Metoden kan bli sett på som et verktøy i møte med det vi vil undersøke, og hjelper oss og innhente data (Dalland, 2013, s. 112).

#### 3.2 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er en allmenn litteraturstudie. En litteraturstudie kan beskrives som en studie der kunnskap blir systematisert fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s. 79). Det kan også forklares som en metode hvor man tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskningslitteratur i belysningen av en problemstilling (Aveyard, referert i Grønseth og

Jerpseth, 2019, s. 80). Dette vil innebære å finne relevante fag- og forskningsartikler som passer til problemstillingen (Grønseth og Jerpseth, 2019, s. 80). Utvikling av en god søkestrategi er viktig for et effektivt søkearbeid (Thidemann, 2015, s. 87). Ved å gjennomføre systematiske søk etter litteratur i relevante databaser, samt kritisk vurdere funn og til slutt skriftlig sammenfatte det hele, kan man belyse temaet i problemstillingen. Videre sammenfatning og resultat i lys av problemstillingen vil bli brukt inn i drøftingsdelen av bacheloroppgaven (Grønseth og Jerpseth, 2019, s. 80).

### 3.3 Praktisk fremgangsmåte ved litteratursøk

Et litteratursøk kan gjøres både manuelt og ved å søke i ulike databaser. Et manuelt søk kan være nyttig dersom man leter etter en spesifikk artikkel, eller forfatter. Man kan for eksempel bruke referanselisten til en artikkel eller et bokkapittel for å finne mer relevant litteratur. Denne kan man deretter søke opp, og bruke som litteratur i eget arbeid (Thidemann, 2015, s. 83). Etter å ha formulert og avgrenset problemstillingen vil det være relevant å starte søk i databaser. Dette søket kan deles inn i to hoveddeler; forberedende litteratursøk og selve søket. Et forberedende litteratursøk innebærer å definere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier, slik at søket blir mer avgrenset og tydelig. Det innebærer også å orientere seg om hvilke databaser som er relevante, samt utvikle en søkestrategi før man begynner på selve søket (Thidemann, 2015, s. 84-87).

I utviklingen av min søkestrategi har jeg søkt en del på forskjellige nettsider, og prøvd meg frem. Jeg fant ut at det er viktig å innskrenke søkingen, slik at jeg får artikler som stemmer mest mulig overens med det jeg ønsker å finne. Jeg gjorde først noen søk hvor jeg brukte få søkeord, og knyttet de sammen med «AND» i søket. Ved å gjøre dette ble søket noe mer avgrenset, og jeg fikk opp en mindre mengde artikler, hvor noen av dem var relevante. Etter en periode satt jeg meg inn i systematisk søk, og skjønnte fort at dette var en helt annen måte å finne artikler på. Ved å utføre systematisk søk fikk jeg artikler som var mer avgrenset til hva jeg ønsket å finne. Ved store databaser som Chinahl og PubMed ble det nødvendig med flere avgrensninger i søket, enn hos for eksempel sykepleiens nettside.

I selve søket har jeg brukt PICO-skjema som veiledning for å finne gode søkeord, se vedlegg 1.

Nedenfor kan man se tabeller som viser hvordan søket er utført, samt korte beskrivelser. I søkeprosessen har jeg utviklet søkestrategien min, noe som resulterer i ulike tabeller for søkene. I tillegg til dette har jeg avgrenset oppgaven mer inn på depresjon underveis, noe som

vil si at jeg har gjennomført en god del søk før jeg endte på de fem valgte hovedartiklene. For et annet eksempel på systematisk søk, se vedlegg 2

### Søk i PubMed 01.03.2020

<u>Søknummer</u>	Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Lest	Valgt
S1	Stroke		336,053		
S2	S2 AND <u>Depression</u>		13,281		
S3	S2	2015-2020	3,670		
S4	S3	<u>Nursing journals</u>	88	23	1

I dette søket endte jeg opp med 88 artikler, hvor jeg skimleste igjennom titler og sammendrag, før jeg leste flere av dem mer nøye.

### Søk i Sykepleien 10.03.2020

<u>Søknummer</u>	Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Lest	Valgt
S1	Hjerneslag		151		
S2	S1	Forskning, 2010-2020	41	17	1

Dette søket ble rimelig kort, da resultatene ble få allerede etter ett søkeord, og to begrensninger. Sykepleien har ikke like mange artikler som for eksempel PubMed eller Cinahl, men er fremdeles sykepleiesentralt og aktuelt i Norge. På grunn av få resultater så jeg ingen grunn til å søke annerledes, da jeg fant en relevant artikkel i dette søket.

**Søk i PubMed 05.04.2020**

Søknummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Lest	Valgt
S1	(MH "Stroke")		71,717		
S2	(MH « <u>Rehabilitation Centers</u> ») OR (MH « <u>Nursing Homes</u> ») OR (MH « <u>Nursing Home Patients</u> ») OR (MH « <u>Rehabilitation Nursing</u> »)		44,679		
S3	« <u>post stroke depression</u> OR <u>depressive symptoms</u> » OR (MH « <u>Depression</u> »)		114,366		
S4	S1 AND S2 AND S3		94		
S5	S1 AND S2 AND S3	2010-2020, Peer <u>Reviewed</u>	49	17	2

Her har det blitt gjennomført et mer systematisk søk, med flere søkeord og avgrensninger. Det hele resulterte i 49 artikler, hvorav jeg skimleste alle titlene, samt en del sammendrag. Etter denne prosessen plukket jeg ut de jeg synes var mest relevante, og leste igjennom disse. Etter dette endte jeg opp med å velge ut to artikler jeg bruker i drøftingen.

### 3.4 Kvantitativ og kvalitativ metode

Vi skiller mellom tre metodiske hovedretninger innen helsefaglig forskning: kvantitativ og kvalitativ metode, samt mixed methods (Andersen, 2019).

Kvantitative datainnsamlingsmetoder vil være relevant dersom man ønsker svar på spørsmål som «Hvor mye...?, Hvor ofte..? eller for eksempel spørsmål om effektivitet. Det vil også være nødvendig med en slik metode dersom man ønsker ulike objektive data for å blant annet få representative oversikter, frekvenser, fordelinger etc. (Thidemann, 2015, s. 78).

Hensikten med kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som blant annet opplevelser, erfaringer, holdninger og ulike tanker, og få frem nyanser (Thidemann, 2015, s. 78). Hvis man ønsker å ha som mål å forstå eller beskrive det som skjer rundt oss, er det naturlig å bruke en kvalitativ metode (Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne, 2015, s. 53).

I min oppgave vil det være mest relevant med kvalitative metoder, da jeg ønsker å vite mer om hvordan pasientene opplever rehabilitering etter hjerneslag, og hvordan dette eventuelt påvirker det psykososiale. Artikler med kvantitative og mixed- methods som metoder vil også være relevant, da disse kan brukes til å innhente opplysninger om blant annet forekomst av depresjon og depressive symptomer, og andre psykososiale behov eller reaksjoner.

### 3.5 Metodekritikk

Litteraturstudie er som nevnt anvendt som metode i denne oppgaven. Når man velger metode må man begrunne dette i lys av problemstillingen (Dalland, 2017, s. 225). I dette tilfelle ble det forhåndsbestemt at det skulle anvendes litteratur som metode. Men det kan tenkes at oppgaven kunne blitt annerledes dersom en annen metode ble brukt. Er litteraturstudie det beste i forhold til problemstillingen denne oppgaven reiser? Dersom det hadde blitt gjennomført et godt antall dybdeintervjuer av slagpasienter med depressive symptomer, kunne jeg nok ha fått mer informasjon i forhold til det jeg ønsker å fokusere på.

### 3.6. Kildekritikk

Når man skriver en slik oppgave som denne er det viktig å være kildekritisk. Kildekritikk går ut på å bruke kildene på en reflektert og informert måte, slik at man som forsker i større grad kan trekke holdbare konklusjoner (Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne, 2015, s. 60). Med kildekritikk menes også vurdering og karakterisering av litteraturen man har funnet (Dalland, 2017, s. 158).

Jeg valgte å sette grensen for forskning helt tilbake til 2010, da det kan tenkes at de psykososiale reaksjonene etter et hjerneslag forblir stort sett de samme, selv om behandlingen av sykdommen vil forandres. Fire av de fem artiklene er på engelsk, og oversatt av meg. Her vil det derimot kunne være mulighet for mistolking. Jeg har forsøkt å bruke mest mulig primærkilder, så langt dette har vært mulig. Men med begrenset tilgang til bibliotek på grunn av Covid-19 har det ikke alltid vært like lett å overholde dette, samt bruk av nyeste utgaver.

I prosessen med valg av artikler har jeg brukt sjekklister for å sørge for kvalitet på artiklene, se vedlegg 3.

### 3.7 Forskningsetikk

Etikk handler om normer for god og riktig livsførsel. Forskningsetikk dreier som om området innenfor etikken som omhandler planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning (Dalland, 2013, s. 96). Det forskningsetiske feltet omhandler også et vidt spekter av ulike

problemstillinger, både internt i forskningen og mellom forskningen og verdenen rundt den (Forsberg, 2003, s. 61). Kunnskapsdepartementet har oppnevnt en rekke forskningsetiske komiteer med hensikt å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning. Disse komiteenes skal veilede og gi råd angående forskningsetiske spørsmål ut fra etiske normer, samt verdier med et bredt aspekt i samfunnet. Komiteen for medisin og helsefag blir kalt NEM (Dalland, 2013, s. 98).

I Norge har vi Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som forvalter spørsmål om etisk forsvarlighet. REK skal blant annet forhåndsgodkjenne: medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter, generelle forskningsbiobanker og dispensasjon fra taushetsplikt for annen type forskning (Christoffersen, Johannessen, Tuft og Utne, 2015, s. 44).

I forhold til etikk under innhenting av informasjon og bruk av litteratur vil jeg påstå at jeg er etisk bevisst. Jeg er tro mot kildene, og tolker ikke litteraturen på en uhensiktsmessig måte for å finne det jeg vil. I prosessen der jeg har lest litteratur, og brukt den i oppgaven har jeg referert til kilden, og har ikke vrent på innholdet slik at det skal passe til oppgaven. Dette mener jeg er å være etisk bevisst.

## 4. Resultat/Funn

### 4.1 Artikkel 1: Å leve med depresjon etter hjerneslag.

(Kouwenhoven og Kirkevold, 2019b)

Studiens hensikt er å presentere en samlet beskrivelse for forløpet for depresjon etter hjerneslag, fra akutfase til 18 måneder etter slaget.

Studien baseres på gjentakende møter med deprimerte slagrammede, i form av dybdeintervjuer, og har et longitudinelt og deskriptivt design. Metoden er en kvalitativ metode.

I studien kommer forfatterne frem til at det kan være vanskelig å skille depressive symptomer og konsekvenser etter slaget, og at man kan se på disse depressive symptomer som en sorgreaksjon. Spesielt kunne man se at eldre som bor alene og yngre med forpliktelser var av de mest sårbare gruppene. Det fremheves også at det er viktig at sykepleierne kjenner igjen, og tar tak i depressive symptomer hos slagpasienter, både i akutfase og senere i forløpet.

Depresjon etter hjerneslag beskrives som et komplekst fenomen, hvor symptomene på depresjon og konsekvensene etter slaget ofte er overlappende. Dette fører dermed til at mange

hensyn må tas under kartleggingen av depresjonssymptomer hos denne gruppen. Kartleggingsverktøyene MADRS, HADS og GDS blir fremhevet som nyttige. I tillegg brukte de verktøyet BDI (Bech Depression Inventory), et kjent kartleggingsverktøy hos slagpasienter.

#### [4.2 Artikkel 2: Depression in Older Residents With Stroke Living in Long-Term Care Facilities.](#)

(Huang, Chuang, Hsueh, Lin, Lee og Chen, 2014).

Hensikten med studien er å undersøke hvilke faktorer som er assosiert med depresjon hos eldre slagpasienter boende på en langtidsavdeling på sykehjem.

Studien er en tverrsnittstudie, en kvantitativ metode.

Resultatet viser at så mange som 41 av 111 deltakere (36,9%) opplevde depresjon. Det kom frem at pasienter som bor på sykehjem, omsorgsbolig og analfabetiske pasienter med lav Barthel indeks score viste flere depressive symptomer. Det kom også frem at lav ADL og depresjon er to faktorer som påvirker hverandre, og at dette kan skape en ond sirkel. I tillegg til dette hadde flere av pasientene ikke akseptert funksjonssvikten. Pasientene kan oppleve et tap av helse, sosiale roller, selvstendighet og yrkesrolle. Pasientene har et behov for sosial støtte, og det ble anbefalt at man motiverer pasientene til å gjennomføre fysisk trening og rehabilitering, slik at ADL øker, i likhet med livskvaliteten til pasientene.

Kartleggingsverktøyene Barthel Index og Taiwan Geriatric Depression Scale ble brukt.

#### [4.3 Artikkel 3: Quality of life of patients with stroke rehabilitation.](#)

(Rangel, Belasco og Diccini, 2013).

Hensikten er å evaluere og sammenligne livskvalitet og depresjon hos pasienter i rehabilitering etter hjerneslag.

Studien er en tverrsnittstudie gjennomført ved to rehabiliteringsfasiliteter med pasienter etter hjerneslag.

Studien resulterte i et funn av at den generelle scoren for livskvalitet hos pasientene var redusert. I følge Barthel indeksen viste 49,6% tegn til moderat til alvorlig avhengighet av hjelp, mens 49,7% hadde depressive symptomer i henhold til Bech Depression Index, men det var ingen bevist sammenheng mellom disse tallene og generell livskvalitet.

Pleiernes tilstedeværelse blir sett på som essensielt for behandling av slagpasienter, og det blir lagt frem at det er spesielt viktig at de har en positiv fremtoning for å kunne påvirke pasientenes fremgang og rehabilitering. Det er også viktig at man verken undervurderer eller overvurderer pasientenes kapasitet og styrke.

Kartleggingsverktøyene Barthel Index og Bech Depression Index blir brukt.

#### 4.4 Artikkel 4: [Quality of Life and Loneliness in Stroke Survivors Living in Appalachia.](#)

(Theeke, Horstman, Mallow, Lucke-Wold, Culp, Domico, og Barr, 2014).

Hensikten med studien er å karakterisere livskvalitet og ensomhet hos en gruppe mennesker i Appalachia, innen ett år etter slaget.

Undersøkelsen ble gjennomført med postundersøkelsesmetodikk, hvor data ble samlet inn fra 121 hjerneslagsoverlevende i West Virginia.

Det viste seg at pasienter som ble innlagt på sykehjem for rehabilitering etter slaget hadde høyere score for ensomhet, noe som viste seg å være et utbredt problem for denne pasientgruppen. Pasienter som ble sendt til sykehjem for rehabilitering viste en høyere score for depresjon, en større opplevelse av stigmatisering, lavere positiv påvirkning og selvfølelse, i tillegg var de mindre fornøyde med egen deltakelse i sosiale roller og aktiviteter enn de som dro hjem for rehabilitering. Pasientene som dro hjem etter sykehusoppholdet rapporterte en høyere livskvalitet, enn de som endte på sykehjem. I studien konkluderte forfatterne med at sykepleiere må ta en vurdering på hvorvidt pasientene er ensomme, samt inkludere ensomhet inn omsorgsplanleggingen. Tiltak rettet mot ensomhet hos hjerneslagpasienter kan minske psykososiale reaksjoner/konsekvenser etter slag, samt forbedre livskvalitet hos pasientene.

#### 4.5 Artikkel 5: [Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital.](#)

(Djik, M. J. V., Hafsteinsdottir, T. B., Schuurmans, M. J., Ginkel, J.M. d. M-v. G, 2018)

Studien omhandler en kartleggingsmetode for screening av depresjon etter hjerneslag, og hensikten er å se hvordan dette fungerer i sykepleiepraksis.

Det er anvendt forklarende metode hvor det er brukt mixed methods, med et før- og etter design.

Kartleggingsmetoden er delt inn i tre deler; to kartleggingsverktøy, syv evidensbaserte sykepleietiltak, samt en bruksanvisning. The Depression Prediction Scale (DePreS) ble brukt



hos pasienter som kunne kommunisere adekvat, mens Signs of Depression Scale (SODS) ble brukt hos pasienter med kommunikasjonsvansker.

Kartleggingsmetoden viste seg å være akseptabel i henhold til tidlig oppdagelse av depressive symptomer hos slagrammede pasienter på sykehus. Den strukturelle kartleggingen førte til at flere forekomster av depressive symptomer hos pasientene ble oppdaget. Dette, i tillegg til de evidensbaserte sykepleietiltakene førte dermed også til økt livskvalitet hos pasientene.

Sykepleierne ga uttrykk for at de likte metoden, men at det var utfordrende med tanke på at den ikke var innprentet i deres rutiner. De trakk også frem at det hadde vært lettere dersom den ble inkludert i pasientenes elektroniske journalsystem.

#### 4.6 Oppsummering av resultat og funn

Etter å ha lest disse artiklene sitter jeg igjen med en tanke om at depresjon og depressive symptomer etter hjerneslag er veldig vanlig, noe jeg også har funnet i annen relevant sykepleiefaglig litteratur. Høy forekomst av depresjon blir nevnt i alle artiklene. Depressive symptomer etter hjerneslag er flettet sammen med hva man kan anta at er en sorgreaksjon. Depressive symptomer har også mange likheter med symptomer og konsekvenser etter hjerneslag, og det er derfor viktig å kartlegge pasientene for disse symptomene. I kartleggingen av depresjon og depressive symptomer etter slag må man derfor være tidlig ute, slik at man kan starte både forebyggende og behandlende tiltak.

For å utføre denne kartleggingen blir ulike kartleggingsverktøy lagt frem i flere av artiklene. Noen av kartleggingsverktøyene som blir fremhevet er MADRS, Barthel Index, Bech Depression Index, samt en egen studie om en spesifikk kartleggingsmetode rettet mot depresjon etter hjerneslag.

Det kommer frem at flere av pasientene med høyere forekomst av depresjon etter hjerneslag ikke har akseptert sin funksjonsnedsettelse. Det viser seg også at større funksjonsnedsettelse øker forekomsten av depresjon etter slag. Rehabilitering, fysisk aktivitet og trening trekkes frem som punkter sykepleierne bør fokusere på for å øke pasientenes ADL-funksjon. Det anbefales at sykepleieren motiverer pasienten, og har en positiv fremtoning.

I tillegg til nedsatt ADL-funksjon nevnes innleggelse på sykehjem som en medvirkende faktor til depresjon etter hjerneslag. Det nevnes også at ensomhet, sosial nettverk og endring av livssituasjon spiller inn som medvirkende faktorer. Ut ifra egen erfaring vil jeg påstå at disse faktorene kan ha sammenheng med institusjonaliseringen, i tillegg som nevnt tidligere; en større funksjonsnedsettelse hos pasientene som har behov for sykehjemsplass.

I resultatene over er kun hovedpunktene som er relevante for problemstillingen til denne oppgaven hentet ut. Et flertall av artiklene jeg har lest i denne prosessen omhandler i større eller mindre grad resultater i form av forekomst av ulike symptomer og erfaringer. De omhandler derimot mindre om personenes egne følelser og hvordan det oppleves å ha gjennomgått et slag. I flere av artiklenes konklusjoner kommer det frem ulike punkter som er relevant til min problemstilling, dette er noe jeg har brukt, selv om resultatdelen kanskje ikke er like relevant.

## 5. Drøfting

Under vil jeg drøfte ulike temaer fra oppsummeringen over, hvor jeg knytter disse opp mot problemstillingen som er reist i oppgaven. Temaene jeg vil ta opp, og knytte til problemstillingen er bruk av kartleggingsverktøy, behovet for sosial kontakt, hvorvidt det er depresjon eller sorg og om sykepleieren som støtte.

### 5.1 Kartleggingsverktøy

En rekke studier viser at depressive symptomer etter hjerneslag er svært vanlig (Rangel et. Al. 2013, Huang et. Al, 2014, Theeke et. Al, 2014, Dijk et. Al, 2018 og Kouwenhoven og Kirkevold 2019a og b), og en studie fra Brasil kom frem til at så mange som nærmere halvparten av hjerneslagpasientene under rehabilitering viste tegn til depressive symptomer, samt redusert livskvalitet (Rangel et. Al., 2013). Ettersom en rekke studier viser til høy forekomst av depresjon og depressive symptomer hos slagpasienter, vil jeg påstå at dette er et tema det er viktig å fokusere mer på, og kartlegge. Bruk av kartleggingsverktøy vil være nyttig i tidlig screening av depresjon hos disse pasientene, noe som bidrar til at man lettere kan oppdage depresjon, og dermed utøve sykepleie rettet mot dette.

Viktigheten av kartlegging og bruk av kartleggingsverktøy for depressive symptomer etter hjerneslag kommer frem i flere studier, og viser seg å være essensielt for å bedre pasientenes rehabilitering og forløp (Kouwenhoven og Kirkevold, 2019b og Dijk et. Al, 2018). Ved å bruke kartleggingsverktøy vil det være lettere for sykepleierne å ta tak i disse symptomene, spesielt dersom de ikke er like gjenkjennbare og synlige. Det finnes en rekke verktøy man kan bruke i kartleggingen av depresjon, deriblant MADRS, Barthel Index og Bech Depression Index. MADRS er i hovedsaken en skala for vurdering av alvorlighetsgraden av en depresjon, og forutsetter egentlig at man har stilt diagnosen *depresjon* før man anvender skalaen. Men skalaen benyttes derimot også i praksis for å komme på sporet av en diagnose, og for å screene for depressive symptomer (Wyller, 2012, s. 137).

I en nederlandsk studie ble en egen kartleggingsmetode for depressive symptomer etter hjerneslag prøvd ut på slagpasienter innlagt på sykehus. Metoden bestod av to kartleggingsverktøy, syv evidensbaserte sykepleietiltak, samt en bruksanvisning, og hadde som hensikt å få kartlagt symptomer hos flere av pasientene (Dijk et. Al, 2018). Det kan tenkes at slike metoder kan bli glemt eller nedprioritert dersom det ikke er integrert inn i sykepleierens rutiner. Studie viser at det kan det være utfordrende å introdusere nye screeningverktøy for klinisk praksis ettersom helsepersonell opplever begrenset kunnskap og ferdigheter mot det nye verktøyet. I tillegg oppleves det som utfordrende da denne registreringen ikke har blitt integrert i rutinene (Dijk et.al. 2018). Dersom bestemte kartleggingsverktøy blir innprentet i rutinene, vil det derimot kunne være enklere å gjennomføre kartleggingen, da det er lagt til rette for dette. Det kan tenkes at en slik tilrettelegging kan føre til at flere tilfeller av depresjon blir oppdaget. Til tross for at screeningverktøyet var utfordrende å introdusere, ble det positivt tatt imot av sykepleierne, og det viste også til resultater i form av at flere pasienter med depressive symptomer ble oppdaget, samt fikk hjelp (Dijk et.al., 2018).

Depresjon og andre psykososiale reaksjoner etter hjerneslag kan ofte bli oversett, da symptomene kan forveksles med generelt trøtthet og nedstemthet etter selve slaget (Kouwenhoven og Kirkevold, 2019b). Ved å bruke ulike kartleggingsverktøy kan man lettere oppdage depresjon, og dermed gi pasientene den behandlingen og støtten de har behov for. Depresjonsmetoden som brukt i forskningen utført av Dijk (2018) ga resultater i form av at flere slagpasienter med depresjon ble oppdaget. Verktøyet gikk ut på at sykepleierne skulle kartlegge pasientene, og deretter utføre tiltak dersom nødvendig. Metoden var ment som et hjelpemiddel for tidlig oppdagelse av depresjon hos hjerneslagpasienter.

For at et slikt kartleggingsverktøy skal fungere i praksis er det viktig med god informasjon, og opplæring, slik at de som utfører kartleggingen utfører oppgaven riktig. Det er også viktig at det blir tatt i bruk. Flere av sykepleierne i studien nevnte at det hadde vært lettere dersom metoden ble lagt inn i pasientenes elektriske journal (Dijk et al, 2018) I sykepleiepraksis bruker vi, og har tilgang til mange ulike kartleggingsverktøy. Det kan tenkes at verktøyene rettet mot det psykososiale og psykiske aspektet ikke blir prioritert like mye på generell basis, som de rettet mot vitale målinger, sepsis etc. Ved kartleggingsverktøy kan man gjøre det enklere å oppdage depresjon og depressive symptomer, og på den måten iverksette tiltak tidligere, før konsekvensene blir for store for pasienten og dens forløp.

Selv om man bruker kartleggingsverktøy for å kartlegge disse symptomene, er det viktig å tenke over at dette ikke er en erstatning for det kliniske blikket, men et hjelpemiddel for å kunne oppdage enda flere pasienter med disse symptomene. Etter kartleggingen er utført er det derimot viktig å utøve tiltak, som kan hjelpe og støtte disse pasientene, samt tiltak for å behandle. Dersom disse kartleggingsverktøyene skal virke optimalt er det viktig at man har kunnskap om, og mulighet til å hjelpe pasientene videre etter oppdagelse av kjente symptomer.

## 5.2 Sosial kontakt og trivsel

Å være sosial er viktig for mange. Selv om man ikke er av den «sosiale typen» er det fremdeles viktig med vennskapelige relasjoner, eller viktigheten av aktiviteter som gjør deg lykkelig. Sosial deltakelse og støtte har blant annet en gunstig effekt på psykisk helse, livskvalitet og mestring (Folkehelseinstituttet referert i Helgesen, 2016 s. 142). Ensomhet er et utbredt problem hos hjerneslagpasienter som bli sendt på sykehjem etter slaget (Theeke, 2014). Det kan tenkes at det å måtte bo på en institusjon etter å ha gjennomgått en stor omveltning som hjerneslag, kan oppleves som krevende. Man blir «plassert» sammen med mange ulike mennesker, og de kjente rammene har blitt erstattet. Samtalene holder seg kanskje ofte på et overfladisk nivå, og man kan føle seg ensom dersom man ikke har noen vennskapelige relasjoner. Det å være mye alene kan føre til at man har mer tid til å tenke, noe som igjen kan føre til at man får flere negative tanker og nedstemthet, noe som er karakteristisk for depresjon (Stubberud, 2019, s.84)

I tillegg til en større grad av ensomhet viser det seg at pasientene som blir sendt til sykehjem, eller fra sykehjem til videre rehabilitering har høyere depresjonsscore, større opplevelse av stigmatisering, er mindre fornøyd med sine sosiale roller og opplever en mer redusert selvfølelse enn de som blir sendt hjem for videre rehabilitering (Theeke, 2014). Det er også vist at depresjon forekommer i høyere grad hos slagpasienter på sykehjem, sammenlignet med pasienter med hjemmesykepleie eller i omsorgsboliger (Huang et. Al, 2014). Det kan tenkes at dette skyldes institusjonalisering og mangel på sosial kontakt generelt, så vel som at personene med behov for sykehjems plass ofte har en mer alvorlig funksjonsnedsettelse.

Slagpasienter uten kognitive komplikasjoner kan bli påvirket av miljøet rundt seg, og av at menneskene rundt har funksjonsnedsettelse i større eller mindre grad (Huang, 2014). På korttidsavdeling eller mottaksavdeling på et sykehjem er pasientgruppene ofte sammensatt av pasienter med ulike sykdomsbilder og utfordringer. Noen årsaker til innleggelse kan være på

grunn av hoftebrudd, hjerneslag eller andre skader, mens andre har demens og er der for å avlaste familien, eller i avvente på langtids plass. En slik sammensetning kan by på utfordringer i form av sosial kontakt, da det ikke er en selvfølge at alle disse passer sammen. En av mestringsstrategiene for å for å trives bedre på sykehjem er blant annet å akseptere det å bo sammen med utfordrende personer (Nakrem, Vinsnes, Harkless, Paulsen og Seim, 2010). Prioritinger må også tas, og enkelte pasienter kan være mer ressurskrevende enn andre. Som sykepleier på en institusjon er det viktig å gi personsentrert omsorg til den enkelte, samtidig som man ikke skal forskjellsbehandle pasientene. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere blir det beskrevet at sykepleieren skal gi individuell og helhetlig omsorg som dekker behovene til pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019). I tillegg til dette er en positiv fremtoning er viktig (Rangel, 2013). Dersom man kan klare å skape et «hjem» for pasientene innad i institusjonen kan man øke livskvaliteten deres (Nakrem, et al, 2010). Ulike tiltak man kan iverksette for å skape dette kan være å blant annet pynte rommet med personlige eiendeler. Mange setter pris på det å kunne trekke seg tilbake på eget rom, hvor man kan ha noen bilder og muligens noen egne møbler i tillegg til de som hører institusjonen til (Nakrem et. Al, 2010).

På den annen side kan det tenkes at det å bo med andre mennesker og få daglig hjelp kan ha en positiv innvirkning på personer som var ensomme før slaget. Eldre som bor alene er en av de mest sårbare gruppene for å utvikle en depresjon etter hjerneslag (Kouwenhoven og Kirkevold, 2019b). Dette kan komme av en mangel på sosial kontakt, da ikke alle har store omgangskretser og familier som kommer på besøk. På institusjoner har man derimot stadig mennesker rundt seg, og muligheten for kontakt med de ansatte er en av de positive sidene med det å bo på institusjon (Hauge, 2014, s. 275).

### 5.3 Depresjon eller sorg

*Depressive symptomer etter slag kan være en sorgreaksjon* (Kouwenhoven og Kirkevold, 2019b). Etter er hjerneslag vil pasientene oppleve tap av ulik grad, avhengig av hvor slaget rammet og hvor stor skade det har forårsaket. Hobbyer og rutiner kan være vanskelige å gjennomføre, og man kan føle på et tap over det man ikke lengre har, det som har blitt forandret; en sorgreaksjon. Depresjon er ofte knyttet til det man har mistet. Det å oppleve at funksjoner og utseende forandres på grunn av en sykdomstilstand, være avhengig av andres hjelp, ha smerter eller permanente skader, kan oppleves som skremmende og deprimerende (Kristoffersen og Breievne, 2016, s. 193. Man kan føle på et savn, og en sorg for alt som er blitt forandret, og som kanskje ikke blir det samme igjen. Som sykepleier er det derfor spesielt

viktig at disse pasientene få uttrykt sine følelser, og ikke sitter inne med all frustrasjonen og sorgen alene. Men det er ikke nødvendigvis likt for alle. Det er viktig å merke seg at mennesker reagerer og opplever situasjoner forskjellig, og at reaksjoner på livskriser er svært individuelt (Kristoffersen og Breievne, 2016, s. 193).

At forekomsten av depresjon er så høy er noe man må ta til betraktning i samarbeid med pasienter under rehabilitering. Denne sorgreaksjonen som nevnt ovenfor kan føre til et økt behov for noen å snakke med, og man må derfor som sykepleier vise at man er tilgjengelig for pasienten, dersom den ønsker noen å åpne seg opp for. Dersom pasienten får god hjelp til å bearbeide sorg og tap, kan han eller hun finne sin egen vei ut av den personlige krisen (Kristoffersen og Breievne, 2016, s. 192). For å kunne hjelpe pasienten er det være svært vesentlig at sykepleieren setter seg inn i hvordan pasienten selv oppfatter sykdommen sin (Travelbee, 2001, s. 36).

#### 5.4 Sykepleieren: en støtte

Et slag kan påvirke motoriske og sensoriske funksjoner hos pasienten, noe som igjen kan påvirke «activities of daily living», ADL (Robinson referert i Huang, et. Al, 2014). En studie viser til en sammenheng mellom lav ADL- score og depresjon (Huang et. Al, 2014). Som nevnt tidligere viser også en rekke studier til en høy forekomst av depresjon hos slagpasienter på sykehjem (Huang, 2014 og Theeke, 2014). Dette kan man anta at henger sammen, da pasienter med behov for innleggelse på sykehjem ofte har en mer alvorlig funksjonssvikt. Dette er noe sykepleiere kan hjelpe pasientene med i form av motivasjon og støtte, samt tilrettelegging under rehabiliteringen. Pleiernes tilstedeværelse er essensielt for behandling av slagpasienter, og det er spesielt viktig å ha en positiv fremtoning, samt motivere pasientene for å bedre pasientforløp, og fremgang i rehabilitering (Rangel et. Al, 2013 og Huang et. Al, 2014). Sykepleierens rolle vil dermed være nyttig i form av motivasjon, samt samarbeide med andre yrkesgrupper for å skape et tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringen. For å kunne motivere pasientene i en rehabiliteringsfase vil det være nyttig å danne en relasjon til pasienten, slik at han/hun lettere vil ta til seg sykepleierens råd, og føler seg tryggere på å dele sine tanker og meninger. I relasjon med pasientene er det viktig å se dem for den de er, og ikke bare som pasient.

Som nevnt i introduksjonen har jeg selv opplevd at pasientenes psykososiale behov har blitt nedprioritert i fordel for det fysiske aspektet innen rehabiliteringen. Kvinnen jeg beskrev ønsket samtale med personalet, og ble svært sliten av all treningen. Dette er det viktig å ta

hensyn til når man tilrettelegger rehabiliteringen for den enkelte. I rehabiliteringsfasen og i sykepleie generelt er det ytterst viktig å sette pasienten og deres ønsker i fokus, så langt det lar seg gjøre. Ved å lytte til, og informere pasientene vil de lettere kunne føle seg trygge og ivaretatt. Rolige og trygge omgivelser, samt god tid og tålmodighet er essensielt for at en samtale skal kunne bli meningsfull (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016, s. 325).

I tillegg til en redusert ADL-funksjon kan også mangel på aksept ovenfor funksjonsnedsettelse føre til depresjon hos enkelte (Huang, et. Al, 2014). Det faktum at pasienter ikke aksepterer sykdommen sin kan føre til store konsekvenser, som en «ikke bry seg- holdning» eller apatisk likegyldighet. Depresjon, angst, frykt og selvmedlidenhet kan skyldes at den syke ikke finner mening i sykdommen (Travelbee, 2001, s. 239). Informasjon er viktig, slik at man forstår at man ikke er alene om dette, og at det man opplever er relativt vanlig. For enkelte kan god informasjon virke betryggende, da man får en kontroll over situasjonen.

## 6. Konklusjon/Avslutning

Det er vist at depresjon er vanlig etter et hjerneslag. For å kunne oppdage pasienter med depresjon eller depressive symptomer etter hjerneslag kan det være nødvendig, og ikke minst lurt å bruke et eller flere kartleggingsverktøy. Kartleggingsverktøy og en egen kartleggingsmetode har vist seg å være nyttige. Men det er ulike faktorer som kan påvirke effektiviteten og resultatet av denne kartleggingen. Ved bruk av kartleggingsverktøy viser det seg å være utfordrende å bruke dem dersom det ikke er blitt innprentet inn i de daglige rutine til sykepleierne, og i pasientenes journaler. I tillegg må verktøyene brukes riktig og jevnlig dersom de skal ha optimal virkning. Etter kartleggingen er det også viktig å følge opp med hjelpende tiltak og videre utredning, dersom det viser seg at pasienten viser tegn til depresjon.

Pasientene blir satt i en situasjon hvor de vanlig rammene forandres, noe som kan by på flere utfordringer for dem. En stor andel av slagpasienter på sykehjem har depressive symptomer. Ved å legge til rette for at disse skal trives bedre på institusjonen, kan man øke livskvalitet, samt motivere til videre opptrening. Flere pasienter opplever en sorg, som kan vise seg som depressive symptomer. Hvorvidt dette lar seg skille mellom en sorgreaksjon etter slaget er fremdeles uklart, men det er uansett viktig at sykepleieren er til stede som en støtte for pasientene. Sykepleierens tilstedeværelse er essensielt for behandlingen av hjerneslag. Som med så mye annet i sykepleieryrket er relasjonen med pasientene en viktig faktor i pleien som

blir utført. Det er viktig å se pasienten for personen den er. Som sykepleier til slagpasienter både med og uten depressive symptomer er det viktig med en positiv fremtoning, se pasientene for dem de er, og utøve sykepleie som passer hver enkelt.



## 7. Referanseliste

- Andersen, J. (2019). «Mixed methods»- design i helseforskning. *Sykepleien*. Hentet 10. 03. 20 fra [https://sykepleien.no/forskning/2017/12/mixed-methods-design-i-helseforskning?fbclid=IwAR1hxgNGa\\_pChBa9nDJd9HYzKGSkbPxv0G9IWTpGYQzabPJfZ-MUfRISVGI](https://sykepleien.no/forskning/2017/12/mixed-methods-design-i-helseforskning?fbclid=IwAR1hxgNGa_pChBa9nDJd9HYzKGSkbPxv0G9IWTpGYQzabPJfZ-MUfRISVGI)
- Andreassen, H.M. (2013). Sykepleie til pasienter med sykdommer i sentralnervesystemet. Knutstad, U (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3*. (2.utg, s. 537- 608). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. Ørn, S. & Bach-Gransmo, E. (red.). *Sykdom og behandling*. (2. utg. s. 321- 341). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- (Djik, M. J. V, Hafsteinsdottir, T. B., Schuurmans, M. J., Ginkel, J.M. d. M-v. G. (2018). Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.13806>
- Forsberg, E-M. Verktøykasse for etiske vurderinger. (2003). Ruyter, K. W. (red.). *Forskningsetikk: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. (s. 61- 74). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=rehabilitering>
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hauge, S. (2014). Sykeplei i sykehjem. Kirkevold, M (red.), Brodtkorb, K (red.). & Ranhoff, A. H (red). Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten. (2.utg. s. 265- 268). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. Kristoffersen, N.J., Nortvedt., Skaug, E-A. & Grimsbø, H. G. (red.). Bind 3: *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s. 141-164). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Huang, H-T., Chuang, Y-H., Hsueh, Y-H., Lin, P-C., Lee, B-O. & Chen, C-H. (2014). Depression in Older Residents With Stroke Living in Long-Term Care Facilities. *The Journal of Nursing Research*. 111-118. doi: 10.1097/jnr.0000000000000028
- Karlsson, B. & Oterholt, F. (2015). *Profesjonell hjelp: en introduksjon til helse-, sosial- og velferdsfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kouwenhoven, S.E. & Kirkevold, M. (2019a). Depressive symptomer etter hjerneslag: Er depresjon etter hjerneslag et uttrykk for sykdom eller sorg? *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2014/02/depressive-symptomer-etter-hjerneslag>
- Kouwenhoven, S.E. & Kirkevold, M. (2019b). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien*. (8). 334-342. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0134>
- Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. Kristoffersen, N.J., Nortvedt., Skaug, E-A. & Grimsbø, H. G. (red.). Bind 3: *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s. 15-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- (Kristoffersen og Breievne (2016). Lidelse, mening og håp. Kristoffersen, N.J., Nortvedt., Skaug, E-A. & Grimsbø, H. G. (red.). Bind 3: *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s.187-235). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Landsforeningen for slagrammede (2020a). Hva er hjerneslag? Hentet 22.03.2020 fra <https://slag.no/hjerneslag/hva-er-hjerneslag/>
- Landsforeningen for slagrammede (2020b). *Skadeutfall: Venstre og høyre halvdel*. Hentet 25.04.2020 fra <https://slag.no/hjerneslag/skadeutfall-venstre-hoyre-hjernehalvdel/>
- Landsforeningen for slagrammede (2020c). *Hukommelse*. Hentet 25.04.2020 fra <https://slag.no/leve-med-slag/hukommelse/>
- Landsforeningen for slagrammede (2020d). *Usynlig utfall: kognitiv svikt*. Hentet 25.04.2020 fra <https://slag.no/leve-med-slag/usynlige-utfall-kognitiv-svikt/>

Landsforeningen for slagrammede (2020e). *Tap og sorg*. Hentet 26.04.2020 fra

<https://slag.no/leve-med-slag/tap-og-sorg/>

Linnerud, S. C. W. & Bragstad, L. K. (2020). Factors associated with post-stroke fatigue.

*Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/en/forskning/2019/08/factors-associated-post-stroke-fatigue>

Nakrem, S., Vinsnes, A.G., Harkless, G. E., Paulsen, B. & Seim, A. (2010). Ambiguities: residents' experience of «nursing home as my home». *International Journal of Older People Nursing* (8). 216-225. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00320.x>

Normann, T., Sandvin, T. J. & Thommesen, H. (2015). *Om rehabilitering: Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Norsk Helseinformatikk. (2019). *Hjerneslag*. Hentet 10.03.20 fra

<https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/hjerneslag-og-blodninger/hjerneslag/>

Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 30.03.20 fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Næss, H. (2017). Behandling av hjerneslag. *Tidsskriftet: Den norske legeforening*. Hentet 10.04. 20 fra: <https://tidsskriftet.no/2017/06/leder/behandling-av-hjerneslag>

Rangel, E. S. S., Belasco, A. G. S. & Diccini, S. (2013). Quality of life of patients with stroke rehabilitation. ISSN: 0103-2100 , 1982-0194. Hentet fra

<http://web.b.ebscohost.com/galanga.hvl.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1e41b380-04f5-4254-97c3-65e35bf9d4c7%40pdc-v-sessmgr01>

Schibbye, A-L. L. (2012). *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (2012). Forståelse av rehabilitering. Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (red.). *Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. (s. 15- 34). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Stubberud, D-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk.  
Stubberud, D-G (red.). Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. (2. utg. s. 15-47).
- Theeke, L., Horstman, P., Mallow, J., Lucke-Wold, N., Culp, S., Domico, J. & Barr, T. (2014). Quality of Life and Loneliness in Stroke Survivors Living in Appalachia. *American Assosiation of Neuroscience Nurses*. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1097/jnn.0000000000000097>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. G. (2017). Sykepleie ved hjerneslag.  
Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg, s. 303-328). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wyller, T. B. (2012). *Geriatrí: en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

## 8. Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1: PICO- skjema

(Figurer hentet fra Helsebiblioteket, 28.04.20).

	Norske ord	MeSH (emneord)	Tekstord
Population/ Problem	Overvekt	Overweight	Overweight Obesity
Intervention	Lavkarbodiett	Diet, Carbohydrate-Restricted	Carbohydrate restricted diet(s) Low carbohydrate diet(s)
Comparator	Fettfattig diett	Diet, Fat-Restricted	Fat-restricted diet(s) Low-fat diet(s) Fat-free diet(s)
Outcome	Vektreduksjon	Weight loss	Weight loss(es) Weight reduction(s)

<b>P</b>	2. obesity 3. Overweight/ (MeSH) 4. 1 OR 2 OR 3
<b>I</b>	5. carbohydrate restricted diet* 6. low carbohydrate diet* 7. Diet, Carbohydrate-Restricted/ (MeSH) 8. 5 OR 6 OR 7
<b>C</b>	9. fat restricted diet* 10. low fat diet* 11. fat free diet* 12. Diet, Fat- Restricted/ (MeSH) 13. 9 OR 10 OR 11 OR 12
<b>O</b>	14. weight loss* 15. weight reduction* 16. Weight loss/ (MeSH) 17. 14 OR 15 OR 16
<b>PICO kombinert</b>	18. 4 AND 8 AND 13 AND 17

## 8.2 Vedlegg 2: Eksempel på litteratursøk

**Dato for søk: 19.03. 2020, Cinahl.**

Søknummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Lest	Valgt
S1	(MH "Stroke") OR "Stroke"		121,786		
S2	" <u>apoplexia cerebri</u> "		1		
S3	S1 OR S2		121,786		
S4	(MH " <u>Depression</u> ") OR " <u>depression</u> "		178,694		
S5	(MH " <u>Behavioral Symptoms</u> ") OR " <u>depressive symptoms</u> "		29,540		
S6	S4 OR S5		184,822		
S7	(MH "Adult") OR "adult"		1,322,205		
S8	(MH " <u>Aged</u> ") OR " <u>aged</u> "		997,291		
S9	S7 OR S8		1,862,653		
S10	(MH " <u>Nursing Home Patients</u> ") OR " <u>nursing home</u> "		38,052		
S11	S3 AND S6 AND S9 AND S10		77		
S12	S11	Årstall 2010-2020 + Peer reviewed	41	16	1

## 8.3 Vedlegg 3: Kvalitativ sjekkliste

## Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Artikkel 7: "Å leve med depresjon etter hjerneslag"

### Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

### Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no)

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

## (A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?  JA  UKLART  NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Forskerne ville finne svar på hva som er karakteristisk for depresjon etter hjerneslag, slik den er erført og knyttet til uttrykk hos pasienter, hvordan det er å leve med depresjon de første 18 mnd etter hjerneslaget, i tillegg til hvordan erfaringen med depresjon endrer seg over tid.

Ja, jeg vil vurdere problemstillingen(e) relevante.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?  JA  UKLART  NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Jeg vil påstå det.  
De er ute etter erfaringer, og hvordan det er for pasientene  
(Opplevelser)

## Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.



**3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?**

 JA UKLART NEI**Tips:**

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

• Dybdeintervjuer  $\frac{1}{2}$  pasienter  $\frac{1}{2}$  ~~milde~~ milde til moderate depressive sympt. i akuttfasen etter slaget.  
↳ Gjenta intervjuer  
• Ni personer med symptomene som nevnt over.

**4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?**

 JA UKLART NEI

**Tips:** Når man bruker f.eks. *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.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

Inklusjonskriterier:

- >18 år
- Hjerneslag for første gang
- Kognitivt i stand til å gjennomføre intervju
- Skårer >14 på BDI (Beck Depression Inventory)
- Forstår og snakker norsk.

Eksklusjon:

- Terminal sykdom
- Brukte antidepressiva eller medikamenter for bipolar lidelse  $\frac{1}{2}$  slagtilslettet
- Heterogen gruppe i form av alder, kjønn, bakgrunn, hjerneslagets plassering og konsekvenser av slaget.

**5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?**

 JA

 UKLART

 NEI

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

1. Intervju i akuttbase (4-7 uker etter slaget).

Oppfølgingsintervjuer ved 3, 6, 12 og 18 mnd etter slaget.

Variert per intervju var ca. 30-90 min.

Hovedsak gjennomført i deltakernes hjem i perioden 2008-2010.

Samtalene ble tatt opp på lydopptak.

Dataen ble analysert i tre trinn:

- 1: Nær lesning
- 2: Strukturt analyse
- 3: Helhetlig forståelse.

Intervjuene ble analysert hver for seg, så sett i sammenheng.

**6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?**

 JA

 UKLART

 NEI

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

---

**7. Er etiske forhold vurdert?**
 JA UKLART NEI**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

- Godkjenning gitt av: REK og Privat ombudsmann for forskning Oslo Universitetssykehus. ↳ + Tiltakelse fra Norsk Samf.vit. datatjeneste.
- Deltakerne var samtykkekompente
- Sykepleiere ga skriftlig og muntlig informasjon, og innhentet skriftlig samtykke.

---

**8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**
 JA UKLART NEI

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Analysen er inspirert av Lindseth og Worbergs analysemetode utviklet med utgangspunkt i Ricoeurs fortolknings teori.  
Mer om analyse i punkt 5.

---

**Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**
 JA UKLART NEI

## (B) Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

 JA

 UKLART

 NEI

**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 få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Funnene er klart presentert, og forskerne diskuterer med annen litteratur for de kommer til en konklusjon.

## (C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Hvordan pas. opplever det å leve med depresjon <sup>etter slag</sup> vil jeg påstå at er svært relevant for sykepleiepraksis. Spesielt mtp. at hjerneslag er en vanlig lidelse.

### 8.3 Vedlegg 3: Eksempel på litteratursøk