



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Hjerneslag, ikkje lenger ein alderdomssjukdom.

Stroke, no longer an old age disease.

Kandidatnummer 232

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-
og omsorgsvitenskap / Sjukepleie Førde

Innleveringsdato: 13.06.2021

SAMANDRAG

Tittel: Hjerneslag – ikkje lenger ein alderdomssjukdom.

Bakgrunn for val av tema: Bakgrunnen for val av temaet baserer seg på eigen interesse, erfaringar frå helsevesenet og ønsket om ei betring av tenestene for den aktuelle pasientgruppa. Det å bli ramma av hjerneslag i ein alder på mellom 18 og 67 år, inneber å bli truga av ei alvorleg lidning i ein særst viktig fase av livet. I denne fasa står ofte både utdanning, karriere og familieetablering i stort fokus. Det er eit faktum at dei yngre har heilt andre utfordringar enn dei eldre, i etterkant av eit hjerneslag. Likevel finnast det svært få studiar som undersøker akkurat dei utfordringane som denne gruppa står overfor.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar hjelpe den unge slagpasienten til å førebyggje depresjon i etterkant av gjennomgått hjerneslag?

Hensikt: Målet med denne oppgåva er å tileigne meg meir kunnskap om dei psykososiale utfordringane i etterkant av eit hjerneslag, med hovudfokus på depresjons-faktorane. Hensikta er å få meir kunnskap om korleis ein sjukepleiar kan hjelpe dei unge pasientane gjennom rehabiliteringa samt i møte med kvardagen igjen. Eg har også eit ynskje om å vere med på å rette eit større fokus på denne aldersgruppa av dei hjerneslagamma.

Metode: Denne oppgåva er basert på ein litteraturstudie som metode. For å finne svar på problemstillinga, har eg drøfta den opp mot funna frå 6 ulike forskingsartiklar, samt nytta teori frå pensum og anna relevant sjukepleiefagleg litteratur.

Funn og konklusjon: Forsking viser at dei unge er ekstra sårbare i etterkant av eit hjerneslag, og at dei har større risiko for å utvikle ein depresjon enn kva dei eldre har. Vi ser at dei unge etterlyser meir oppfølging, og at dei har eit større oppfølgingsbehov å dekkje enn dei eldre. Dagens oppfølgingssystem viser seg å vere alt for dårleg tilpassa dei unge.

Vi kan sjå at riktig bruk av aktuelle kartleggingsverktøy er både nyttig og naudsynt tidleg i rehabiliteringa samt i den vidare oppfølginga i etterkant av slaget. Sjukepleiar må vise støtte til pasienten, men også vere med på å ivareta den gode relasjonen mellom pasient og pårørande.

Nøkkelord: Hjerneslag, den unge pasienten, arbeidsfør alder, rehabilitering, oppfølging og depresjon.

ABSTRACT

Title: Stroke – no longer an old age disease.

Background: The background for the choice of the topic is based on one's own interest, experiences from the health service and the desire for an improvement of the services for the relevant patient group. Being hit by a stroke at the age of between 18 and 67 means being hit by a serious suffering in a particularly important phase of life. In this phase, both education, career and family establishment are often in great focus. It is a fact that the younger ones have completely different challenges than the older ones, after a stroke. Nevertheless, there are very few studies that examine exactly the challenges that this group faces.

Problem: How can a nurse help the young stroke patient to prevent depression after a stroke?

Purpose: The aim of this assignment is to acquire more knowledge about the psychosocial challenges after a stroke, with the focus on depression. The intention is also to gain more knowledge about how a nurse can help the young patients through rehabilitation and in meeting with the day again. I also have a desire to help direct a greater focus on this age group of the stroke programs.

Method: This assignment is based on a literature study as a method. To find answers to the problem, I have discussed it against the findings from 6 different research articles / studies, as well as useful theory from the curriculum and other relevant nursing literature.

Findings and conclusion: Research show that young people are extra vulnerable after a stroke, and that they have a greater risk of developing depression than older people. We see that the young people call for more follow-up, and that they have a greater need for follow-up to cover than the older ones.

Today's follow-up system turns out to be far too poorly adapted to young people. We can see that the correct use of relevant mapping tools is both useful and necessary early in the rehabilitation as well as in the further follow-up after the battle. The nurse must show support for the patient, but also help to maintain the good relationship between patient and relatives.

Keywords: Stroke, the young patient, working age, rehabilitation, follow-up and depression.

Innholdsliste

1. INNLEIING	1
1.1 Presentasjon av temaet.....	1
1.2 Bakgrunn for val av tema.....	1
1.3 Problemstilling og hensikt	2
1.4 Avgrensing.....	2
1.5 Oppbygging av oppgåva	3
2 METODE	3
2.1 Søke- og utvalsprosessen	3
2.2 Supplerande litteratur- og pensumsøk.....	4
2.3 Kjeldekritikk.....	5
3 BAKGRUNN & TEORI	5
3.1 Hjerneslag.....	5
3.2 Førekost av hjerneslag.....	6
3.3 Utfordringar i etterkant av hjerneslag	6
3.4 Rehabilitering i etterkant av hjerneslag.....	7
3.5 Depresjon og sorgreaksjon	7
3.5.1 Depresjon	7
3.5.2 Sorgreaksjon	8
3.5.3 Skilnaden	8
3.6 Kartleggingsverktøy	8
3.6.1 Kroppsfunksjon.....	8

3.6.2	Depresjon og angst.....	9
3.7	Støtte til den slagramma	9
4	RESULTAT / FUNN.....	10
4.1	Depresjon som psykososial utfordring etter hjerneslag	10
4.2	Å leve med hjerneslag	11
4.3	Psykososial sjukepleie-intervensjon som alternativ oppfølging.....	12
5	DRØFTING.....	13
5.1	Depresjon eller sorgreaksjon	13
5.2	Kartleggingsverktøy	15
5.3	Oppfølging i etterkant av eit hjerneslag	16
5.4	Sjukepleiaren som støtte.....	18
6	KONKLUSJON	19
7	KJELDELISTE	20
8	VEDLEGG.....	23
8.1	PICO-SKJEMA	23
8.2	LITTERATURSØK.....	23

1. INNLEIING

1.1 Presentasjon av temaet

Hjerneslag er ein relativt vanleg sjukdom i Noreg. I følgje estimat frå Norsk hjerneslagregister vil rundt 12.000 nordmenn årleg rammast av hjerneslag, tilsvarande rundt 35 nye tilfelle kvar dag (Bjerke, 2018). I følgje LHL Hjerneslag sine heimesider har vi i Noreg om lag 70.000 menneske som lever med gjennomgått hjerneslag (Bjerke et. al., 2021). Om vi ser på internasjonal forskning, seier denne at mellom 20 og 40 prosent av alle som har gjennomgått eit hjerneslag, lid av depresjon i etterkant. Desse tallane er inkludert både milde og alvorlege hjerneslag, og forskinga viser også at risikoen heng ved over tid (Jakobsen, 2017).

Statistikk viser at ein stadig har større sjanse for å overleve eit akutt hjerneslag, og at det på landsbasis er ein årleg reduksjon i antall hjerneslag. Til trass for dette er det likevel eit aukande tal av hjerneslag for dei som er under 65 år. Blant dei rundt 12.000 som vert ramma av hjerneslag i Noreg kvart år, er det så mykje som 20% av dei som er under 65 år, og over 10% av dei er under 50 år (Bjerke, 2018). Mange av dei unge som får slag, opplev også ofte nye slag og anna vaskulær sjukdom seinare i livet (Fromm, 2014).

Som sjukepleiar har ein gjennom punkt 2.1 i dei yrkesetiske retningslinjene, eit ansvar for å fremje helse og førebygge sjukdom, og gjennom punkt 2.2, eit ansvar for å understøtte håp, meistring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleieforbund, 2019). I eit sjukepleiefagleg perspektiv vil ein ved å fremje god oppfølging av slagpasientar, kunne bidra til å bremse utviklinga, og redusere talet av pasientar med depresjon i framtida. Dette vil kunne vere med på å gi ein betre livskvalitet for mange av dei unge slagpasientane.

1.2 Bakgrunn for val av tema

Etter å ha vert i praksis på nevrologisk avdeling, har eg fått eit godt innblikk i oppfølging og pleie til fleire pasientar med nyoppstått hjerneinfarkt og -bløding. Eg ser på det som eit spennande og svært aktuelt tema. Feltet viser seg også å ha eit stort betringspotensiale, retta mot denne aldersgruppa som vi også ser ein statistisk auke av. For desse er den raske og grundige utreiinga, samt god rehabilitering og vidare oppfølging svært viktig, for at dei skal kunne ivareta sine omsorgsfunksjonar og moglegheita for å kunne delta i arbeidslivet igjen.

Pasientar som opplev hjerneslag går gjennom omfattande og store endringar i livet. Spesielt gjeld dette for dei yngre. Desse har ofte større omsorgsfunksjonar knytt til foreldrerolla og familien, i

tillegg til at dei ofte er midt i karriere eller utdanning, og i mange tilfelle i større samfunnsmessig deltaking enn dei eldre. Bekymringar for framtida og økonomien, samt at ein kanskje ikkje kjem tilbake i arbeid, kan bli hemmande for å leve eit normalt liv.

1.3 Problemstilling og hensikt

Problemstillinga eg har valt for bacheloroppgåva, er «*Korleis kan sjukepleiar hjelpe den unge pasienten til å førebyggje depresjon i etterkant av hjerneslag?*». Denne problemstillinga har eg valt grunna det norske helsevesenets manglande fokus på denne pasientgruppa, samt viktigheita av å rette fokuset på akkurat desse pasientane.

Hensikta med oppgåva er å sjå på kva faktorar som kan vere med på å førebyggje depresjon i etterkant av eit hjerneslag, samt å belyse korleis denne pasientgruppa er ekstra sårbar. Eg ynskjer med denne oppgåva å rette fokuset mot korleis ein som sjukepleiar kan vere med på å gi denne pasientgruppa betre oppfølging, støtte og ivaretaking av sine psykososiale behov, for vidare å best mogleg førebyggje depresjon i etterkant av hjerneslaget. Samla sett kan dette vere med på å bidra til eit betre liv for den unge slagamma, noko som vidare kan ha stor og positiv innverknad både på vedkommandes familie, arbeid/yrke og samfunnet generelt.

1.4 Avgrensing

Oppgåva mi blir avgrensa til å omhandle dei psykososiale utfordringane i etterkant av eit hjerneslag, med hovudfokus på depresjon og depressive symptom hos den unge pasienten. Vidare presiserer eg det til dei som er i arbeidsfør alder (mellom 18 og 67 år) og har vert aktive i arbeidslivet fram til hjerneslaget inntreff. Nyttå forskning avvik likevel litt frå dette alders-spennet. Eg har valt å rette hovudfokuset på pasientane i rehabiliteringsfasa med primærhelsetenesta som arena. Oppgåva vert også avgrensa til å ikkje omhandle familie og barn som pårørande, eller den medikamentelle behandlinga av hjerneslagpasientar i noko større grad.

Det må også nemnast at dei psykososiale og dei fysiske komponentane påverkar kvarandre, og utgjør ei heilheit i det enkelte menneske (Stubberud, 2019, s. 18). Dette betyr for oppgåva, at sjølv om fokuset ligg på det psykososiale aspektet, vil det vere relevant å også trekke inn noko av det fysiske aspektet. Dei fysiske utfordringane vil bli sett på som faktorar til psykososiale utfordringar og konsekvensar, og omvendt.

1.5 Oppbygging av oppgåva

Eg startar med å beskrive metoden og litteratursøket. Deretter fortsett eg med å presentere faggrunnlaget mitt gjennom teoridelen, før eg presentera forskinga som eg har nytta i oppgåva mi, under resultat/funn. I drøftinga tek eg for meg å drøfte problemstillinga mi opp mot teori og forskingsresultat frå dei tidlegare kapitla i oppgåva, før eg til slutt legg fram ein oppsummering og konklusjon som svarar på problemstillinga.

2 METODE

Metoden er den reiskapen som vi har i møte med det vi ynskjer å undersøke, og den hjelp oss til å samle inn den informasjonen vi treng til undersøkinga. Metoden fortel oss noko om korleis vi bør gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Grunninga for å velje ein bestemt metode er altså at den gir oss gode data som belyser spørsmålet man stiller, på ein fagleg interessant måte (Dalland, 2020, ss. 53-64). Eg brukar i denne oppgåva ein litteraturstudie for å belyse min problemstilling. Dette er ein metode som byggjer på sekundærdata, altså skriftlege kjelder og litteratur som allereie eksisterer. Litteratursøket og utval av forskning vert gjennomført i perioden mellom 24. og 25. april 2021.

2.1 Søke- og utvalsprosessen

Det første eg gjer for å finne dekkjande forskning for temaet mitt, er å finne søkeord knytt til problemstillinga. For at eg skal klare å finne eit best mogleg spekter av forskning, brukar eg engelske søkeord. Eg startar med å setje problemstillinga mi inn i eit PICO-skjema (kopi av dette ligg under vedlegg). Dette er eit verktøy som hjelp til med å konkretisere problemstillinga. PICO gir struktur og hjelper med å klargjere problemstillinga for litteratursøk, utveljing og kritisk vurdering av litteraturen. PICO er ein engelsk forkorting for dei fire elementa som ofte vil vere med i problemstillinga; problem/population, intervention, comparison og outcome (Helsebiblioteket, 2016).

Eg brukar SveMed+ og OrdNett for å finne gode engelske søkeord som er relevante og knytt til tema. Søkeorda blir gruppert i 5 søkeordgrupper med engelske søkeord, som eg vidare vel å inkludere i det endelege litteratursøket som vert gjennomført 24. og 25. april. Søkeordgruppene, samt meir detaljert oversikt knytt til litteratursøket, er lagt inn under vedlegg. Litteratursøket vel eg å foreta i databasane Academic Search Elite, MedLine og CINAHL, basert på mitt fagområde og tema. Etter å ha søkt gjennom alle søkeordgruppene, og avgrensa resultatet til å innehalde forskning berre frå dei siste

5 åra, sit eg att med totalt 183 artiklar. Med eit treff på så mange artiklar, var tanken min i første omgang å legge inn ei supplerande avgrensing, for å raskt kunne skilje ut alle artiklane som omhandla aldersgruppene utanfor mitt fokus-område. Det viser seg at mange av artiklane ikkje er merka med aldersgruppe, samt at mange er merka med fleire aldersgrupper enn kva som er faktisk omhandla i artikkelen. Dette gjer ei slik avgrensinga vanskeleg å gjennomføre. På dette grunnlaget valte eg i staden å gjennomføre det resterande arbeidet manuelt, gjennom fleire ekskluderings-rundar.

I den første runda går eg gjennom heile treff-lista på 183 artiklar, med fokus på artikkelens tittel. Dette gjer eg for å få eit raskt overblikk over litteratursøkets resultat, og for å raskt luke ut alle dei artiklane som heilt tydeleg ikkje er relevante til min problemstilling. I denne runda legg eg til sides alle dei artiklane som kan vere aktuelle. Denne runda gir meg 35 artiklar som eg vel å ta ein nærmare titt på. I neste runde tar eg ein meir grundig gjennomgang av desse artiklane, no med fokus på samandraget. Eg plukkar ut dei treffa som eg ser på som potensielle for mi oppgåve, av desse gjeld det 8 artiklar. Etter ein grundig gjennomgang av desse artiklane, sitt eg att med 2 artiklar som eg vel å bruke inn i oppgåva mi. Dette er aktuelle studiar til min oppgåve både basert på problemstilling, vinkling og omhandlande aldersgruppe.

2.2 Supplerande litteratur- og pensumsøk

I tillegg til studiane som eg har funne gjennom litteratursøk, har eg gjennom min generelle opplesing på temaet og generelle nettsøk, kome over ei doktorgradsavhandling på Sykepleien.no sine heimesider. Denne fann eg 26. april, gjennom google-søket «psykososiale utfordringar hos unge med hjerneslag». Dette er ei avhandling som totalt består av 4 kvalitative forskingsartiklar, gjennomført i perioden frå 2012 til 2015. Etter grundig gjennomgang av avhandlinga, har eg valt å inkludere alle desse 4 studiane inn i oppgåva mi. Elles har eg funne mykje god teori og fagstoff gjennom blant anna internett-søka «unge med hjerneslag», «rehabilitering etter hjerneslag», «sjukepleiaren som støtte», «førekomst av hjerneslag», «utvikling og førekomst av depresjon» og «depresjon etter hjerneslag».

Eg har også supplert litteratursøka med søk etter pensum-bøker. Dette er utført via Oria, biblioteket ved Høgskulen på Vestlandet sin søkemotor. Her har eg søkt etter «metode», «hjerneslag», «psykososiale utfordringar», «sjukepleiaren som støtte», «rehabilitering», «motivasjon», «depresjon» og «psykiske lidingar» og funnet bøkene «Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom», «Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring» og «Metode og oppgaveskriving».

2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som du har funnet. I tillegg må ein her kunne gjere reie for kva kriteria som er nytta under utvelginga. Hensikta er at lesaren skal få ta del i dei refleksjonane som du har gjort deg om kva relevans og gyldigheit litteraturen har når det gjeld å belyse problemstillinga. Her bør ein også kunne svare på kor mykje eller lite litteratur du fann, og om det var lett eller vanskeleg å finne (Dalland, 2020, ss. 139-166).

Eg ser styrke i oppgåva mi ved at eg har utført litteratursøk med stort fokus på at forskinga eg finn skal vere av relativt ny dato. All forskning eg har brukt i oppgåva er av dei siste 10 åra. Dette er naturlegvis med på å begrense søkeresultatet, men samtidig er det ein faktor som spelar inn med å gi meg nyare og meir relevant forskning å basere oppgåva mi på. I tillegg til dette er all nytta forskning primærkjelder og fagfelleverderte studiar. Studiane eg har valt å bruke er i ein kombinasjon mellom kvantitative og kvalitative studiar, alle studiane er vestlege, og mange av studiane eg har nytta i bachelor-oppgåva er også basert på forskning i Noreg og på norsk befolkning.

Når dette er sagt, så kan det understreka at problemstillinga eg har valt å skrive om, er innan eit tema der det er ei begrensa mengde forskning. All forskning eg har nytta i oppgåva mi har vert på engelsk, noko som opnar moglegheita for at informasjon går tapt gjennom oversetning til norsk. Til tross for at mange av studiane som eg har nytta i denne bachelor-oppgåva er basert på forskning i Noreg, er det også nokre nytta studiar som er basert på forskning utanfor Noreg.

3 BAKGRUNN & TEORI

I denne delen tenker eg og presentere ulike fokus-områder som er aktuelle for min problemstilling, og som eg seinare kjem til å gå litt meir i djupna på, både gjennom forskning og drøfting. Her tek eg føre meg litt generell teori rundt hjerneslag, førekomsten av dette, samt utfordringar og rehabilitering i etterkant av eit hjerneslag. Eg går så vidare inn på å forklare depresjon og sorgreaksjon, kartleggingsverktøy og litt kort om aldersforskjellane knytt til hjerneslag.

3.1 Hjerneslag

Ordet «hjerneslag» er eit felles omgrep som gjeld for både hjerneinfarkt og -bløding. Når nokon får eit hjerneslag er hovudårsaken at blodtilførselen til ein eller fleire delar av hjernen blir skada, noko som kan førekomme på to måtar. Ved eit hjerneinfarkt har blodtilførselen blitt skada av ein

blodpropp som tettare blodåra og fører til at områda som blir forsynt av denne, mistar sin tilførsel av næring og oksygenrikt blod. Ved hjernebløding har blodtilførselen blitt skada av ei sprekk i eit av blodkara i hjernen. Her vil blodet sive ut i hjernevevet og skape direkte trykk på hjernecellene i området. Desse står i fare for å døy grunna kombinasjonen av trykkskadar og manglande blodforsyning (Bjerke et. al., 2021). Symptoma på hjerneslag inntreffer plutselig, og oftast med tap av fleire kroppsfunksjonar. Det skjer som regel gjennom halvsida nedsett kraft i armar og/eller bein, talevanskar og ansiktsskeivheit. I tillegg kan nomenheit, nedsett balanse, koordinasjon, samt plutselig og eksplosjons-aktig hovudverk vere symptom på hjerneslag (Bjerke et. al., 2021).

3.2 Førekost av hjerneslag

Cerebrovaskulær sjukdom er ein samlebetegnelse for sjukdommar forårsaka av svikt i hjernens blodforsyning (Dietrichs, 2019). Slik sjukdom er den andre vanlegaste dødsårsaka i verden og den tredje hyppigaste i Noreg etter kreft og iskemisk hjertesjukdom (Bjerke, 2018). Hjerneslag er årsak nummer ein til uføreheit og til innlegging ved sjukeheim (Bjerke et. al., 2021). Dødelegheita ved akutt hjerneslag er stadig fallande, og i følgje estimat frå Norsk hjerneslagregister vil rundt 12.000 nordmenn årleg rammast av hjerneslag, tilsvarande rundt 35 nye tilfelle kvar dag. Snittalder ved debut av hjerneslag i Noreg er 77 år for kvinner og 72 for menn. Samtidig som det på landsbasis er ein årleg redusering i antall hjerneslag, er talet aukande for dei som er under 65 år. Blant dei rundt 12.000 norske innbyggjarane som vert ramma av hjerneslag kvart år, er det så mykje som 20% av dei som er under 65 år, og over 10% av dei er under 50 år (Bjerke, 2018). Mange av dei unge som får slag, opplev også ofte nye slag og anna vaskulær sjukdom seinare i livet (Fromm, 2014).

3.3 Utfordringar i etterkant av hjerneslag

Hjerneslag kan og vil i dei fleste tilfelle kunne føre til psykiske utfordringar. Dette er ikkje alltid forandringar som ein kan sjå frå utsida. Forandringane kan vere både på bakgrunn av den skada som hjerneslaget har påført hjernen, eller grunna ein reaksjon på den livssituasjonen som vedkomande har kome i. Nokre av dei mest vanlege emosjonelle endringane som pasientar opplev i etterkant av eit hjerneslag er sinne, nervøsit, fornektning, flauheit, frykt, frustrasjon, tristheit, skyldfølelse og einsamheit. I tillegg til dette er det nokså vanleg at den som overlev eit slag, utviklar ein depresjon. Dette kan gi både fysiske og psykiske plagar. Blant dei fysiske er dårleg søvn og matlyst, uønska vektendring, redusert energinivå, rastløyse, hovudverk og mageproblematikk vanlegast (Løvhøiden & Welhaven, 2015).

3.4 Rehabilitering i etterkant av hjerneslag

Med rehabilitering meinast det «å gjeninnsetje i verdigheit». I følgje «forskrifta om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator», som ligg på lovdata, er rehabilitering definert som «tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, kor fleire aktørar samarbeida om å gi naudsynt bistand til pasientens og brukarens eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet». For pasienten sjølv, betyr dette ein personsentrert, målretta prosess som startar allereie den første dagen etter slaget. Det store målet er å betre funksjon og/eller hindre ytterlegare tap av funksjon, og å oppnå høgast mogleg grad av uavhengigheit både fysisk, psykisk, sosialt og ervervsmessig (Helsedirektoratet, 2017).

3.5 Depresjon og sorgreaksjon

Håplausheit, konstant nedtryktheit og sjølvhat er kjernesymptom på depresjon. Djup sorg kan også involvere nokon av dei same følelsane. Dødsfall, skilsmisse, arbeidslausheit og alvorleg sjukdom kan medføre ein heilt naturleg sorgreaksjon. Sorga kan vere forbunde med både sinne, nedtryktheit og ein altoverskyggande følelse av tap og håplausheit. Mange av dei same følelsane er forbunde med depresjon. Av denne grunnen kan det vere vanskeleg å skilje mellom dei to tilstandane, også for lege og psykiater (Barse, 2015).

3.5.1 Depresjon

Depresjon er ein tilstand som kan karakteriserast ved at den vedkomande har noko redusert stemningsleie, interesse- og gledesløyse samt energitap eller meir trøyttheit. I svært mange av tilfella har den deprimerte i forkant av depresjonen opplevd ein eller fleire hendingar som kan beskrivast som vonde, smertefulle eller skamfulle. Det kan vere eit reelt tap, men også knytt til eins egne forventingar om andre eller seg sjølv. Risikoen for å utvikle ein depresjon er påverka av om ein har vert utsett for belastingar av blant anna psykologisk eller sosial karakter. Dette kan for eksempel vere ein oppleving av at ein ikkje strekk til i forhold til sine egne krav, mål eller forventingar (NHI, 2019). I tillegg til dette er hjerneslag og anna fysisk sjukdom ein faktor som betrakteleg aukar risikoen for å bli deprimert, basert på fleire av dei moglege faktorane nemnt over (Helsenorge, 2021).

3.5.2 *Sorgreaksjon*

Ein sorgreaksjon er derimot ein naturleg psykisk reaksjon ved tap av noko eller nokon som betyr mykje for oss. I ein slik reaksjon kan ein føle både tristheit, frustrasjon, redsel og sinne. Eksempel på tap kan vere knytt til ektefelle, vennar eller arbeid, men kan også vere knytt til eigen helse. Blant anna kan alvorleg sjukdom og tap av våre personlege eigenskapar vere utløysande årsak til ein sorgreaksjon. I nokon tilfelle kan sorgreaksjonen bli vanskeleg å takle på eigen hand og det kan verte naudsynt å søkje om hjelp (NHI, 2019).

3.5.3 *Skilnaden*

Kort forklart er der ein nokså glidande overgang mellom ein sorgreaksjon og ein depresjon. Sorg er ein naturleg del av livet. Depresjon er ikkje naturleg, det er ein sjukdom. Dersom ein er i sorg, vil tilstanden oftast vere mindre konstant, og ulike hendingar og gleder i kvardagen kan gjere at ein gløymer sorga i kortare eller lengre stunder. Til samanlikning er ein depresjon det man kallar for nonreaktiv og meir gjennomgripande. Det betyr at ingenting kan påverke dei negative følelsane, og man blir ikkje glad sjølv om ein opplev noko fint. Ved ein depresjon kan også sjølvoppfatninga endre seg, dette skjer ikkje ved ein sorgreaksjon. Sjølv om vi har desse klare skilnadane, er det likevel to tilstandar som er vanskeleg å skilje frå kvarandre. Det er tydeleg at vi treng meir kunnskap om kva depresjon er og korleis vi kan skilje det frå andre tilstandar og sjukdommar (Barse, 2015).

3.6 **Kartleggingsverktøy**

Til trass for at det finnast ei rekkje ulike kartleggingsverktøy, er det absolutt anbefalt å nytte internasjonalt anerkjente verktøy, både for kartlegging og evaluering av tiltak (Helsedirektoratet, 2017). Eg vil her nemne kort nokre verktøy som brukast for kartlegging av kroppsfunksjon og depressive symptom. Årsaka til at eg også nemner kartlegginga av kroppsfunksjon, som ofte vert gjort allereie i akutfasa, er grunna den elementære viktigheita denne kartlegginga har for det vidare løpet og rehabiliteringsprosessen.

3.6.1 **Kroppsfunksjon**

Skalaen National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) er anbefalt å nytte når ein ynskjer å vurdere prognosen til ein pasient med hjerneslag. NIHSS-skalaen vurderer hjerneslagets effekt på pasientens nivå av bevisstheit, blikk, ansiktslammingar, motorisk kontroll og vanskar med uttale (Askim, 2017).

Da man i nokre studiar har sett at skalaen gir dårleg samsvar mellom NIHSS, grad og lokalisasjon av okklusjon, bør den tolkast med noko forsiktighet (Hagberg et al., 2016).

Scandinavian Stroke Scale (SSS) er ein nordisk skala som ofte vert nytta som eit alternativ i Noreg, og tek utgangspunkt i bevisstheit, orienteringsevne, gange og ansiktslammingar hos pasienten. Denne skalaen kan ofte vere enklare å bruke i klinikken, og har generelt sett vist mindre variasjon enn NIHSS når forskjellige personar skal tolke symptoma til pasienten. Ein ny studie frå «Forskningsgruppe for geriatri, bevegelse og slag» ved NTNU, indikerer at SSS er like presis som NIHSS med tanke på å vurdere prognosen til slagpasientar etter tre månadar (Askim, 2017).

3.6.2 Depresjon og angst

Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) er ein skala på 10 punkt, som blir brukt for å vurdere djupna av depressive symptom. Skalaen omfattar vurdering av sjølvopplevd og observert nedtryktheit, angst, søvnproblem, manglande appetitt, konsentrasjonsproblem, initiativløyse, pessimistiske tankar og sjølv mordstendensar. Skalaen kan ikkje nyttast aleine for å velje behandlingsform, da den ikkje seier noko om årsaka til dei eventuelle depressive symptoma. Derimot kan den gi indikasjon for om symptoma er behandlingstrengande eller ikkje. (Malt, 2019).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er eit kartleggingsverktøy for vurdering av angst- og depresjonssymptom, og er eit av dei mest brukte sjølvrapporterte instrumenta for screening av alvorgrad av symptom på angst og depresjon i klinikk. Skalaen måler ikkje i diagnostisk forstand, men meir i form av å belyse stress og psykiske depresjons-symptom som ein kan sjå ved mange ulike psykiske lidingar. Med andre ord er ein høg skåring ikkje nødvendigvis uttrykk for liding, men det gir ein indikasjon. Dette gjer at HADS først og fremst er best eigna som eit screening-verktøy for førekomst av psykiske symptom som kan indikere stress og psykisk liding og vidare krevje nærmare medisinsk-psykiatrisk undersøking (Malt, 2019).

3.7 Støtte til den slagamma

Eit hjerneslag er absolutt å karakterisere som akutt og kritisk sjukdom. Korleis pasienten opplev det å vere sjuk, har samanheng med psykososiale reaksjonar og behova den enkelte har i tilstanden.

Opplevinga kan endrast frå time til time og dag til dag. For å kunne ivareta pasientens psykososiale behov må sjukepleiaren forstå korleis pasienten opplev det å vere sjuk (Stubberud, 2015, s. 21). Slik er det også, knytt til det den amerikanske sjukepleie-teoretikaren Joyce Travelbee (1926 – 1973) sa om dei menneskelege forholda i sjukepleien. «Sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess der den profesjonelle sjukepleie-praktikaren hjelp eit individ, ein familie eller eit samfunn med å førebyggje

eller meistre erfaringar med sjukdom og liding og om naudsynt finn meining i desse erfaringane» (Stubberud, 2015, s. 21).

Det å føle seg avhengig av hjelp frå andre, samt oppleve forandring i kroppsfunksjon, ha smerter eller få permanente skadar, er noko som kan opplevast som både skremmande og deprimerande (Kristoffersen og Breievne, 2016, s. 193). Det er vist at informasjon, kunnskap og openheit om sjukdommen er viktig, både for pårørande og pasienten sjølv. Dette hjelper dei vedkommande til å forstå meir, og det kan vere med på å gi ein lettare overgang både til arbeidsliv og familieliv igjen, og kan vere med på å hindre skilsmisse som resultat av ein vanskeleg situasjon (Jakobsen, 2017). I tillegg er det særleg viktig at sjukepleiaren fremjar den sosiale kontakta mellom pasient og pårørande. Sjølv om pasientane opplev sjukepleiaren som ein viktig og sosial støtte, viser fleire undersøkingar at pårørande er den aller viktigaste ressursen i rehabiliteringa etter kritisk sjukdom. I pasientens kvardag, som kan vere fylt med både utfordringar og lidingar, kan det at pårørande er til stades, opplevast som både roande og motiverande (Stubberud, 2015, s. 103).

4 RESULTAT / FUNN

Generelt sett er det mykje forskning knytt til hjerneslag, depresjon og psykososiale utfordringar. Derimot er det nokså begrensa mengde forskning knytt til den yngre gruppa som er i arbeidsfør alder, på desse områda. Eg har trass dette funnet god forskning, og landa på 2 forskingsartiklar som eg etter gjennomført litteratursøk vel å inkludere i oppgåva mi. I tillegg har eg med ein doktorgrads-avhandling frå Sykepleien.no sin side for forskning. Denne avhandlinga er totalt bestående av 4 studiar som kan direkte knytast inn i min bacheloroppgåve. Dette gir meg totalt 6 artiklar med stor relevans og litt varierende vinkling mot problemstillinga. Eg vel å dele dei inn, og presentere studiane gjennom 3 underkategoriar.

4.1 Depresjon som psykososial utfordring etter hjerneslag

Det er få studiar som ser på dei langvarige depressive symptoma i etterkant av eit hjerneslag blant unge vaksne. Dette trass for at dei unge som blir ramma av hjerneslag ofte har ei spesiell interesse knytt til den langsiktige prognosen og den vanlegvis lange forventa levealderen. I tillegg er dei midt i eit aktivt og sosialt, arbeids- og familieliv. Nettopp dette har vert hensikta med studien «*Long-term depressive symptoms and anxiety after transient ischaemic attack or ischaemic stroke in young adults*». Dette er ein kvantitativ studie som undersøker førekomsten av depressive symptom og

angst, samt dens tilknytning til kliniske og demografiske variablar og funksjonelt utfall etter hjerneslag hos unge vaksne (Maijwee et al., 2016). Eg knyt denne studien til oppgåva mi basert på dens fokus på utviklinga av depressive symptom og angst i etterkant av hjerneslaget. Forskinga er kvantitativ, og viser resultat basert på 511 pasientar med TIA eller hjerneslag i alderen 18 til 50 år, og utført ved samanlikning av «Hospital Anxiety and Depression scale» og til saman 147 kontrollar. Konklusjonen viser at dei unge pasientane kan vere plaga av depressive symptom og angst sjølv mange år i etterkant av eit hjerneslag. Forskinga viser at så mange som 16,8% av pasientane hadde depressive symptom og 23% hadde angst. Dette er respektive 10,7% og 10,8% høgare skåring enn det som kjem fram gjennom dei utførte kontrollane (Maijwee et al., 2016).

I tillegg til denne studien, ynskjer eg å presentere studien «*Symptoms of depression and cognitive impairment in young adults after stroke/transient ischemic attack*». Dette er ein kvantitativ studie som belyser dei statistiske og aldersrelaterte forskjellane knytt til førekomst av depresjon i etterkant av hjerneslag, og byggjer fint vidare på den føregåande studien. Funna er spennande og det syner eit nytt perspektiv av temaet. Resultatet viser at dei unge slagamma har høgare sannsyn for å oppleve depressive symptom og angst, men derimot lågare sannsyn for å oppleve utøvande dysfunksjon enn dei eldre (Kapoor et al., 2019).

4.2 Å leve med hjerneslag

Det er ei kjent sak at det ofte oppstår psykososiale konsekvensar i etterkant av eit hjerneslag. Dette er utfordringar som i stor grad kan påverke den vedkommande sin evne til å delta i og utføre dei påtatte rollane og aktivitetane ein har i familielivet. Eg ynskjer her å presentere to studiar som ser på det erfaringsbaserte hos dei unge slagamma. Den kvalitative studien «*Younger stroke survivors' experiences of family life in a long-term perspective: a narrative hermeneutic phenomenological study*» har undersøkt korleis desse konsekvensane kan påverke arbeids- og familielivet i den seine restitusjonsfasen, seks månadar eller meir i etterkant av hjerneslaget. I studien vart det intervjuet tjue-to slagoverlevande i alderen 20 til 61 år, som alle hadde gjennomgått slag for mellom 6 månadar og 9 år sidan. Funna avdekka fleire utfordringar som varierte med tida, heilt frå den innleiande kampen om å vere tilstrekkeleg i forholdet og rollene i familien tidleg etter hjerneslaget, til ei meir resignert haldning seinare etter hjerneslaget. Dette er summert opp i to hovudtema, «slitet med å på nytt komme inn i familien» og «ropet etter aksept». Det kjem også fram gjennom studia at dei ikkje-etablerte hjerneslagoverlevande som lev i ei foreldrerolle, ser ut til å vere spesielt sårbare (Kirkevold et al., 2012).

Studien «Young and midlife stroke survivors' experiences with health services and their long-term follow-up needs» er nok ein kvalitativ studie. Denne har til hensikt å utforske dei unge og mellomaldrande hjerneslagoverlevande sine erfaringar med helsetenestene, samt å identifisere dei langsiktige oppfølgingsbehova. Totalt seksten deltakarar vart intervjuja i djupna. Deltakarane seier at dei har slite med å få tilgang på oppfølging, og at dei føler det meir som ei tilfeldigheit om dei kom inn i eit oppfølgingsprogram eller ikkje. Dei av deltakarane som fekk oppfølging, oppfatta det likevel ikkje som tilpassa deira behov (Kirkevold et al., 2015). Det verkar som at denne aldersgruppa er ekstra sårbare for å felle utfor oppfølgingssystemet, og at oppfølginga likevel ikkje er god nok.

4.3 Psykososial sjukepleie-intervensjon som alternativ oppfølging

Studia «*Promoting psychosocial wellbeing following stroke using narratives and guided self-determination: a feasibility study*» er den første som er omtalte i Randi Martinsens doktorgradsavhandling. Denne kvalitative studien baserer seg på eit større aldersspenn enn det som er fokus i oppgåva mi. Den har likevel nokre interessante funn som er aktuelle å belyse, og eg vel difor å inkludere den med ein kort presentasjon. Studia er evaluert frå perspektivet til totalt tjuufem slagoverlevande (17 menn og 8 kvinner) i medianalder på 64 år, frå 33 til 89 år. Studia fokuserer hovudsakeleg på innhaldet, strukturen, prosessen og den erfarte nytta av å gjennomføre ein dialogbasert psykososial sjukepleie-intervensjon i primærhelsetenesta. Intervensjonen er retta mot å fremje den psykososiale helsa og velværa til dei hjerneslagoverlevande, og basera seg på dialogbaserte møter mellom dei hjerneslagramma deltakarane og utdanna helsepersonell, det første året etter slaget. Kriteria for deltakarane er å ha gjennomgått eit akutt hjerneslag, vere over 18 år, samt i tilstrekkeleg fysisk og kognitiv funksjon til å delta. Dialogane vart gjennomført i to ulike format, med individuelle og grupperte møter. Data vart samla inn før, under og etter gjennomføringa av intervensjonen (Bronken et al., 2014).

Mange av deltakarane hadde tidlegare problem med å takle sine nye og ukjente situasjonar etter hjerneslaget. Problema dei kjempa mot var varierende, alt frå å utføre daglege aktivitetar og løyse praktiske problem, til forståing og å kome til einigheit med sine egne emosjonelle reaksjonar. I tillegg har det å møte ulike sosiale situasjonar i og utanfor familien bydd på fleire utfordringar. Fleirtalet av deltakarane som var med fann både innhaldet og prosessen med intervensjonen relevant, og det blei rapportert at dialogane var til stor hjelp for å takle situasjonen. Det vart også understreka viktigeita av å bli støtta gjennom ei vanskeleg tid, samt å få sjansen til å fortelje sine historier. Når det er sagt så blei det frå dei fleste yngre deltakarane føreslått fleire tema som denne intervensjonen ikkje tok opp eksplisitt. Blant forslaga var jobb, økonomisk sikkerheit, utfordringar og bekymringar for å kome seg tilbake i arbeid, samt informasjon og støttebehov til familiane. Studia konkludera med at ein slik

psykososial intervensjon heilt klart er nyttig og støttande for den slagamma, samtidig som den framhevar eit tydeleg behov for ytterlegare vurdering og vidare utvikling for å bli meir tilpassa til den yngre aldersgruppa også (Bronken et al., 2014).

Til trass for at den psykososiale oppfølginga i etterkant av eit hjerneslag er ein særdeles viktig del av rehabiliteringsopplegget, førebygginga av depressive symptom og vegen tilbake til samfunnet igjen, er det få studiar som trekk fram dette blant dei unge slagamma. Studia «*Work-aged stroke survivors' psychosocial challenges narrated during and after participating in a dialogue-based psychosocial intervention: a feasibility study*», som er ein del av den større doktorgradsavhandlinga til Randi Martinsen, har sett på oppfølgingsbehova til dei slagamma i arbeidsfør alder. Denne kvalitative studien ser på den dialogbaserte psykososiale sjukepleie-intervensjonen som ei alternativ psykososial oppfølging, og er ei vidareføring av studien over. Studien har til hensikt å belyse dei psykososiale utfordringane hos deltakarane i den arbeidsaldrande aldersgruppa. Dette vert gjort gjennom innhenting av data frå 14 deltakarar mellom 33 og 66 år, under og etter deltaking i ein dialogbasert psykososial intervensjon det første året etter hjerneslag. Resultat viser at livet som hjerneslagoverlevande i arbeidslivet er oppfatta som svært utfordrande, og at det skapar ein trussel om å bli marginalisert både i familie- og arbeidslivet. Studia framhevar nødvendigheita for å forstå dei spesifikke psykososiale utfordringane og behova som den hjerneslagoverlevande i arbeidslivet står overfor, for å fremje deira psykososiale velvære. Det er eit tydeleg behov for vidare forskning rundt dei spesifikke utfordringane som denne hjerneslag-gruppa står ovanfor, for å utvikle passande tiltak som kan gi betre oppfølging og hjelpe til med å løyse eit slikt problem (Bronken et al., 2013).

5 DRØFTING

Under vil eg ta for meg og drøfte ulike tema frå oppsummeringa over, og vidare knytte desse opp mot problemstillinga som er reist i oppgåva. Tema som eg tenker å ta opp og knytte til problemstillinga er depresjon eller sorgreaksjon, bruk av kartleggingsverktøy, oppfølgingsystemet samt sjukepleiarane som støtte til dei hjerneslagamma.

5.1 Depresjon eller sorgreaksjon

Det er som vi ser i både teori og forskning vanleg at pasientane opplever tap av ulik grad i etterkant av eit hjerneslag. Korleis den einskilde opplev tapet, er avhengig av kor slaget rammar og kor mykje skade det har forårsaka. Det kan vere vanskeleg å gjennomføre oppgåver slik som før, og man kan i

forbindelse med dette føle på eit tap over det ein ikkje lenger får til, og det som har blitt forandra. Dette kan vi kalle ein sorgreaksjon. Ein depresjon er ofte knytt til det ein har mista. Det å føle seg avhengig av hjelp frå andre, samt oppleve forandring i kroppsfunksjon, ha smerter eller få permanente skadar, er noko som kan opplevast som både skremmande og deprimerande (Kristoffersen og Breievne, 2016, s. 193). Som sjukepleiar må ein merke seg viktigeita av at pasientane får uttrykt sine følelsar, og at dei ikkje sitt med all frustrasjon og sorg aleine. Menneske reagerer ulikt på ulike situasjonar, noko som også gjeld reaksjonar på livskriser (Kristoffersen og Breievne, 2016, s. 193).

Det er gjennom studien «Symptoms of depression and cognitive impairment in young adults after stroke/transient ischemic attack» belyst at aldersforskjellane for dei som er hjerneslagamma har ein innverknad. Den viser at dei hjerneslagoverlevande i ung alder har større sannsyn for å oppleve symptom knytt til depresjon i etterkant av slaget, enn kva dei eldre har. Derimot har dei eldre høgare sannsyn for å oppleve utøvande dysfunksjon enn dei yngre (Kapoor et al., 2019). Når dette er sagt, så kjenner vi til risikofaktorane som knytast til depresjon. Stressande hendingar og sosial isolasjon er eksempel på nokre av dei risikofaktorane som kan vere med på å utløyse ein depresjon. I tillegg til desse er hjerneslag og anna fysisk sjukdom ein eigen faktor som betrakteleg aukar risikoen for å utvikle ein depresjon (Helsenorge, 2021). Her må det igjen nemnast at dei psykososiale og fysiske komponentane påverkar kvarandre, og utgjer ei heilheit i det enkelte menneske (Stubberud, 2019, s. 18). Dette betyr at dei fysiske utfordringane, deriblant dysfunksjon, vil bli sett på som faktorar som vidare er med på å auke risikoen for psykososiale utfordringar og konsekvensar. Det er med andre ord ikkje utenkeleg at depresjon og sorgreaksjon blant dei yngre hjerneslagamma i større grad er med opphav i den store påkjenninga som er knytt til endringa i det sosiale og aktive, arbeids- og familielivet.

Studien viser til tidlegare undersøkingar som har antyda at alderdom er assosiert med depresjon og kognitiv svikt i etterkant av eit hjerneslag. Likevel har ikkje desse undersøkingane samanlikna resultatata mellom dei yngre og dei eldre, som i denne studien er presisert til å vere over og under 50 år (Kapoor et al., 2019). Det er ein faktor at mange av dei yngre pasientane er i ein periode av livet som er vesentleg meir prega av dynamisk vekst og endring, både med familie, oppdraging av barn og karriereutvikling med meir. Dei store endringane som da kan oppstå både i familie, økonomi og anna sosialt liv og arbeid i forbindelse med eit hjerneslag kan heilt truleg vere årsak til dei større symptoma på depresjon som har blitt rapportert av dei unge i denne studien. Resultat frå studien gir ei antyding på at depresjon kan vere enda meir vanleg blant unge enn eldre hjerneslagoverlevande. Dette er ein konklusjon på bakgrunn av studie og innhenta informasjon frå alders- og kjønnsstilpassa kontrollar blant hjerneslagpasientar, som viser at depressive symptom er meir enn dobbelt så vanleg

hos dei overlevande unge slagpasientane. Depresjon i etterkant av hjerneslag er vidare assosiert med både funksjonshemming, høgare dødelegheit, redusert livskvalitet, sosial dysfunksjon og vanskar med å kome seg tilbake i arbeid (Kapoor et al., 2019).

Det bør nemnast at førekomsten av depresjon som diagnose er svært høg, og aukande. Verdens Helseorganisasjon (WHO) antar at i løpet av dei neste 20 åra vil depresjon vere blant dei to mest belastande sjukdommane som angår økonomiske konsekvensar for samfunnet (NHI, 2019). Kan det vere vår forståing av «det normale» som har blitt for snever? Er diagnostiseringa og kartlegginga av dei psykiske lidningane blitt mykje betre, eller er det berre terskelen for å sette ei diagnose som er blitt lågare? Det er vanskeleg å svare på dette, og det er heller ikkje ein del av denne oppgåva. Likevel er det absolutt noko ein kan ha i tankane i samarbeidet med rehabiliteringspasienten. Eksempelvis så kan ein sorgreaksjon, som nemnt over, føre til like symptom som ein depresjon, og eit auka behov for å snakke med andre om det ein står i. I slike tilfelle må ein som sjukepleiar stille opp og vise sin tilgjengelegheit overfor pasienten, dersom dei føler seg klare for å opne opp og snakke. Dersom pasienten i dette tilfellet får hjelp og støtte, og får bearbeida sine sorger, er det større sannsyn for at vedkommande finn vegen ut av krisa si sjølv (Kristoffersen og Breievne, 2016). Det er med andre ord ikkje gitt at alle som har gjennomgått eit hjerneslag blir deprimerte.

5.2 Kartleggingsverktøy

For å kartlegge pasientar som har gjennomgått eit hjerneslag har vi mange ulike hjelpemiddel, stort sett i form av undersøkingar og spørjeskjema. Desse er systematiserte, godt utvikla og til stor hjelp for å innhente relevant informasjon. Når det gjeld å kartleggje ein pasient som har gjennomgått hjerneslag, tenker ein gjerne først og fremst på kartlegging av vedkommande sin funksjonsstatus. Dette er sjølvstøtt relevant, og det brukast både for å berekne prognosar og vurdere hjerneslagets faktiske innverknad på pasienten i den akutte perioden. I Noreg vert NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) og SSS (Scandinavian Stroke Scale) stort sett nytta til dette.

Dei depressive symptomata tiltrer ofte når den akutte fasa er over, og pasienten er komen inn i den rehabiliterande fasa. I tillegg viser både teori og forskning at det ofte kan bli ei forsterking av depresjonen når vedkommande reiser til heimen og eventuelt til familien sin igjen (Bjerke, 2018). Da får pasienten tid til å tenkje, og dei mange kvardags-utfordringane kjem til syne litt etter litt. Her bør det igjen nemnast at dei psykiske og fysiske komponentane påverkar kvarandre i stor grad, og utgjør ei heilheit i kvart enkelt menneske (Stubberud, 2019, s. 18). Dette betyr med andre ord at ein er nøydd å sjå på dei aktuelle fysiske utfordringane som den enkelte kan møte på i kvardagslivet, da

dette spelar inn på det psykiske aspektet. Dette er også viktige faktorar for å vidare kunne kartlegge dei psykososiale behova til den vedkommande, og deretter kunne leggje til rette for oppfølging.

I tillegg til å bruke verktøy for å kartleggje det fysiske aspektet, må ein ta i bruk kartleggingsverktøy som kan hjelpe til med å syne pasientens eventuelle depressive symptom. Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale er det mest brukte hjelpemiddelet i Noreg for å kartleggje depressive symptom. Dette verktøyet vurderer djupna av dei depressive symptoma basert på både angst, søvnproblem, manglande appetitt, konsentrasjonsproblem, initiativløyse, pessimistiske tankar og sjølvordstendensar. Da verktøyet ikkje seier noko om årsaker til symptoma, kan den ikkje aleine nyttast til å velje ut ei behandlingsform for symptoma. Med andre ord er ein høg skåring ikkje nødvendigvis uttrykk for lidning, men det gir ein indikasjon. I tillegg må det nemnast at kjennskap til verktøyet, gode rutinar og jamleg bruk, har stor innverknad på at kartlegginga vert gjennomført på ein god måte (Malt, 2019). Her er det også tenkeleg at ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient kan vere medverkande til ei god kartlegging, da pasienten får trygghet og tillit til sjukepleiaren, og tørr å dele sine tankar.

5.3 Oppfølging i etterkant av eit hjerneslag

Når ein er kome så langt at dei eventuelle depressive symptoma er kartlagt, og vurdert opp mot pasientens funksjonsstatus, er det elementære å vurdere eventuell behandling og vidare følgje opp pasienten. Som vi ser ut i frå forskinga under kapitlet resultat/funn, ser vi to studiar som har tatt føre seg å gjennomføre ein psykososial sjukepleie-intervensjon, først med eit større alders-spenn på mellom 33 og 89 år, og deretter begrensa til dei som er i arbeidsfør alder. Resultatet frå den første studien «*Promoting psychosocial wellbeing following stroke using narratives and guided self-determination: a feasibility study*», viser at deltakarane fann både innhaldet og prosessen med intervensjonen relevant, og både dei individuelle og grupperte møta vart sett på som nyttige. Deltakarane har også understreka fordelane ved å bli støtta gjennom ei svært vanskeleg tid, samt å ha sjansen til å fortelje sin historie, og bli støtta i deira eigne forsøk på å handtere situasjonen. Når det er sagt så blei det frå dei yngre deltakarane føreslått fleire tema som denne intervensjonen ikkje tok opp, som blant anna jobb, økonomisk sikkerheit, utfordringar og bekymringar for å komme tilbake til jobb samt informasjon og støttebehov til familiane. (Bronken et al., 2014). Vi ser frå denne studien at dei yngre deltakarane har meir spørsmål og bekymringar, og dei gir uttrykk for å ynskje meir av oppfølginga. Dette kan vi relatere til dei generelt ulike livs-situasjonane til yngre kontra eldre. Dei eldre er godt nøgde med denne intervensjonen, og årsaka til at dei ikkje føler behov for meir, er blant anna at utdanning, arbeidsliv og økonomi for dei fleste er eit slutta kapittel, og ikkje lenger ei fanesak i deira liv.

Studien «*Work-aged stroke survivors' psychosocial challenges narrated during and after participating in a dialogue-based psychosocial intervention: a feasibility study*», er som nemnt avgrensa til den yngre og arbeidsføre aldersgruppa blant dei hjerneslagramma, og representerer ei begrensa gruppe av deltakarane frå første studie. Det vi ser som hovudfunn i denne studien er at livet som hjerneslagoverlevande i arbeidslivet er oppfatta som svært utfordrande, og at det skapar ein trussel om å bli marginalisert i både familie- og arbeidsliv. I familielivet er dei største vanskane knytt til foreldre-roller, kommunikasjon i familien, følelsen av økonomisk ansvar, og det at ein rett og slett føler seg lite til nytte og ikkje kan leve opp til sine eigne og familien sine forventningar. Knytt til arbeidslivet vert det understreka frykt for å ikkje bli frisk nok til å kome seg tilbake i arbeid, at ein ikkje får lov av arbeidsgivar å kome tilbak i arbeid, eventuelt at ein ikkje klarer å utføre sine arbeidsoppgåver. Studia framhevar behova for å forstå dei spesifikke psykososiale utfordringane og behova som den hjerneslagoverlevande i arbeidslivet står overfor for å fremje deira psykososiale velvære. Forskinga viser på ein klar og tydeleg måte at det er behov for meir forskning angående dei spesifikke utfordringane i det vidare livet blant denne hjerneslag-gruppa, for å vidareutvikle passande tiltak som kan hjelpe til med å løyse eit slikt problem.

Studien «*Young and midlife stroke survivors' experiences with health services and their long-term follow-up needs*», viser tydeleg at dei hjerneslagramma pasientane i arbeidsfør alder, under 67 år, er ekstra sårbare. Deltakarane i denne studien opplev det som nærmast ei tilfeldigheit om dei kjem inn i eit oppfølgingssystem eller ikkje. Når det er sagt, så blir det av deltakarane som har fått noko oppfølging, lagt til at den oppfølginga dei har fått er lite tilpassa til dei og deira behov i kvardagen. For at eit oppfølgingssystem skal bli sett på som støttande, må det faktisk vere i tråd med kva som er deira langsiktige behov, samt at det må ta hensyn til deira spesielle utfordringar som ung med hjerneslag, og planlegge kvar enkel oppfølging i tett samarbeid med den vedkomande (Kirkevold et al., 2015). Noreg er eit langstrakt land, med mange ulike utfordringar knytt til både variert geografi og befolkningstettleik, samt ulik organisering av helsetenestene. Det er truleg at eit slikt aspekt kan vere påverkande for at det er ein viss variasjon også i helsetenestene og dei aktuelle tilboda. Dette burde likevel ikkje vere ei kvilepute for det norske helsevesenet. Rehabiliteringa av dei slagramma bør tilpassast dei lokale forholda, men innhaldet og kvaliteten på kvart enkelt element må vere i samsvar med dei kunnskapsbaserte retningslinjene. Det er eit faktum at rehabilitering i etterkant av eit hjerneslag, krev involvering av mange ulike aktørar. For at den enkelte pasienten skal få ei god rehabilitering, er det viktig med ei god organisering av dei aktuelle rehabiliteringstilboda (Helsedirektoratet, 2017).

5.4 Sjukepleiaren som støtte

Som vi har sett mange gangar både gjennom teori og forskning, så har dei yngre slagpasientane vist seg å ofte ha den største utfordringa med å kome seg tilbake til den normale kvardagen igjen. Vi ser også at pasientane ofte opplev depressive symptom i etterkant. Særleg gjeld dette for dei med små barn, familieliv, krevjande arbeid med karriere og jobbutvikling (Bjerke, 2018). Uansett situasjon, så er det viktig at pasienten kan sitte igjen med følelsen av å bli støtta, både av helsepersonalet, pårørande og venar. Vi er ulike både fysisk, psykisk og sosialt, og vi reagerer ulikt i forskjellige situasjonar ((Kristoffersen og Breievne, 2016, s. 193). Det vil i alle møter med ein slagramma vere viktig å klare å byggje ein god relasjon, samt å klare og sjå den einskilde pasienten i eit holistisk menneskesyn.

Studien «Young and midlife stroke survivors' experiences with health services and their long-term follow-up needs» er ein kvalitativ studie som har sett på dei unge og mellomaldrande hjerneslagoverlevande sine erfaringar med helsetenesta, i tillegg til at den har tatt føre seg å identifisere deira langsiktige oppfølgingsbehov, som nettopp er med på å gjere at den vedkommande kan føle seg støtta. Deltakarane i denne studien fortel at dei jamt over har slite med å få tilgang på oppfølging, og at det var meir eller mindre tilfeldig om dei kom inn i eit oppfølgingsprogram eller ikkje. Dei av deltakarane som fekk oppfølging, oppfatta det likevel ikkje som spesielt tilpassa til deira behov (Kirkevold et al., 2015). Det verkar med andre ord som at denne aldersgruppa er ekstra sårbare for å felle utanfor oppfølgingsystemet, og at oppfølginga likevel ikkje er god nok. Blant helsepersonell vil nok mange vere einige i at dette ikkje høyrer ut til å vere eit optimalt system, og at området har rom for betring. Dette er ein kvalitativ studie som gir gode resultat ved at den går heilt i djupna på temaet. Samtidig må det nemnast at studien er basert på meiningane av totalt 16 deltakarar. Dette gjer at ein ikkje kan generalisere eller trekke bastante slutningar, grunna at det er eit lite og ikkje representativt utval for alle dei hjerneslag-ramma. Vi må vere opne for moglegheita av at resultatet kunne vert annleis i ei kvantitativ undersøking med eit større utval.

6 KONKLUSJON

Som vi har sett, så er dei unge ekstra sårbare i etterkant av eit hjerneslag, og dei har større risiko for å utvikle ein depresjon enn dei eldre. Dette er i stor grad av at dei ofte har barn, familieliv, utdanning og karriere i stort fokus, og dei kan på mange måtar føle på å ha gjennomgått eit større tap enn dei eldre. Til trass for at depresjon er sett på som ein vanleg komplikasjon i etterkant av eit hjerneslag, er det viktig å gjere gode tiltak for å førebyggje dette. For å oppdage pasientane med depressive symptom etter hjerneslag, er det både lurt og naudsynt å nytte kartleggingsverktøy. Ein bør prøve å skilje dei som har ein enklare sorgreaksjon frå dei med djupare depresjon, da desse treng ulik støtte, oppfølging og behandling. I tillegg er det for å oppnå effektiv og optimal kartlegging, naudsynt at sjukepleiaren har god kjennskap til, og riktige rutinar for bruk av kartleggingsverktøyet.

I etterkant av kartlegginga er det viktig å følgje opp med gode tiltak. Dersom pasienten syner teikn til depresjon, kan det vere behov for vidare utredning for å kunne fastsette riktig behandlingmetode. Forsking viser at dagens oppfølgingssystem har betringspotensiale. Vi ser at ein dialogbasert psykososial sjukepleie-intervensjon kan vere bra som psykososial oppfølging og støtte, men at det krevst meir forskning og utarbeiding av innhaldet, for å optimalisere den for dei unge slagamma. Sjukepleiar må hjelpe til med å sette opp individualiserte og personleg tilpassa oppfølging.

Sjukepleiar må syne støtte til pasienten, ved å sjå pasienten i eit holistisk menneskesyn og oppnå ein god relasjon til vedkommande. Det å vere til stades og lytte til pasienten er viktig både for å danne tillit til pasienten, og for at pasienten skal føle seg trygg i situasjonen, noko som også gir føresetnad til best mogleg kartlegging. Samtidig skal sjukepleiaren vere med på å ivareta den gode relasjonen mellom pasient og pårørande, da pårørande har vist seg å vere pasientens viktigaste ressurs under rehabiliteringa.

Alle nemnte funn og tiltak, i kombinasjon med pasientens situasjon, personlege eigenskapar og psykososiale behov, er faktorar som er med på å avgjere kor vidt ein depresjon vil oppstå eller ikkje. Dersom sjukepleiar sørgjer for god oppfølging på denne måten, antydar teori og forskning at vedkommande vil vere med på å førebyggje utvikling av ein depresjon hos den unge slagamma.

7 KJELDELISTE

Barse, M. (2015, 13. juli). *Slik merker du forskjell på sorg og depresjon*. Forskning.no.

<https://forskning.no/menneskekroppen-depresjon-psykologi/slik-merker-du-forskjell-pa-sorg-og-depresjon/483534>.

Bjerke, M. K., Mathisen, T. S. & Skar, T. (2021, 24. mars). *Hjerneslag*. LHL.

<https://www.lhl.no/hjerneslag/hjerneslag/>.

Bjerke, M. L. (2018, 06. mars). *Unge slagrammede er ekstra sårbare*. LHL Hjerneslag.

<https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/aktuelt/ung-og-rammet-av-hjerneslag/>.

Bronken, B. A., Kvigne, K., Kirkevold, M. & Martinsen, R. (2013). Work-aged stroke survivors' psychosocial challenges narrated during and after participating in a dialogue-based psychosocial intervention: a feasibility study. *BMC Nursing* 12(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-22>.

Bronken, B. A., Kvigne, K., Kirkevold, M. & Martinsen, R. (2014). Promoting psychosocial wellbeing following stroke using narratives and guided self-determination: a feasibility study. *BMC Physiology* 2(1). <https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-4>.

Dalland, Olav. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Dietrichs, E. (2019, 25. juni). *Cerebrovaskulære sykdommer*. Store Norske Leksikon.

https://sml.snl.no/cerebrovaskul%C3%A6re_sykdommer.

Fromm, A. (2014, 28. oktober). *Hvorfor får så mange unge hjerneslag?*. Unikard.

<http://unikard.org/hvorfor-far-sa-mange-unge-hjerneslag/>.

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *PICO*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>.

Helsedirektoratet. (2017, 17. desember). *Nasjonal faglig retningslinje - rehabilitering etter hjerneslag*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>.

Helsenorge. (2021, 09. mars). *Depresjon hos voksne*.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-voksne/#arsaker>.

Hagberg, G., Ihle-Hansen, H., Ihle-Hansen, H. (2016, 29. mars). *Optimal slagbehandling – et felles ansvar*. Norsk indremedisinsk forening. <https://indremedisineren.no/2016/03/optimal-slagbehandling-et-felles-ansvar/>.

Jakobsen, S. E. (2017, 11. februar). *Mange får depresjon og angst etter hjerneslag*. Norsk Forening For Slagrammede. <https://www.slagrammede.org/mange-far-depresjon-og-angst-etter-hjerneslag/>.

Kapoor, A., Scott, C., Lanctot, K. L., Herrmann, N., Murray, B. J., Thorpe, K. E., Lien, K., Sicard, M. & Swartz, R. H. (2019). Symptoms of depression and cognitive impairment in young adults after stroke/transient ischemic attack. *Psychiatry research*. 2019 Sep; Vol. 279, pp. 361-363. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.022>.

Kirkevold, M., Martinsen, R. & Sveen, U. (2012). Younger stroke survivors' experiences of family life in a long-term perspective: a narrative hermeneutic phenomenological study. *Nursing Research and Practice* 2012(1), 948791. <https://doi.org/10.1155/2012/948791>.

Kirkevold, M., Martinsen, R. & Sveen, U. (2015). Young and Midlife Stroke Survivors' Experiences With the Health Services and Long-Term Follow-Up Needs. *Journal of Neuroscience Nursing* 47(1). <https://doi.org/10.1097/JNN.000000000000107>.

Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s. 187-235). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Løvhøiden, I. & Welhaven, I. L. (2015, 29. oktober). *Psykiske utfordringer etter hjerneslag*. LHL Hjerneslag. <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/livet-etter/psykiske-utfordringer-etter-hjerneslag/>.

Maaijwee, N. A. M. M., Tendolkar, I., Rutten-Jacobs, L. C. A., Arntz, R. M., Schaapsmeeders, P., Dorresteijn, L. D., Schoonderwaldt, H. C., van Dijk, E. J. & de Leeuw, F.-E. (2016, 20. april). Long-term depressive symptoms and anxiety after transient ischaemic attack or ischaemic stroke in young adults. *European journal of neurology*, 2016 Aug; Vol. 23 (8), pp. 1262-1268. <https://doi.org/10.1111/ene.13009>.

Malt, U. (2019, 11. oktober). MADRS. I *Store Norske Leksikon*. <https://sml.snl.no/MADRS>.

Malt, U. (2019, 11. oktober). HADS. I *Store Norske Leksikon*. [https://sml.snl.no/Hospital Anxiety Depression Scale](https://sml.snl.no/Hospital_Anxiety_Depression_Scale).

Martinsen, R. (2014). *Work-aged stroke survivors' psychosocial challenges and follow-up needs: A qualitative, exploratory study*. [Doktorgradsavhandling]. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

NHI. (2019, 22. februar). *Depresjon, ein oversikt*. Norsk Helseinformatikk.
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-ein-oversikt/?page=all>.

NHI. (2019, 22. februar). *Forekomst av depresjon*. Norsk Helseinformatikk.
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst/>.

NHI. (2019, 20. mai). *Sorgreaksjon*. Norsk Helseinformatikk.
<https://nhi.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/sorgreaksjon/>.

NHI. (2020, 19. februar). *TIA – drypp*. Norsk Helseinformatikk.
<https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/hjerneslag-og-blodninger/tia-drypp/?page=all>.

NHI. (2020, 17. juni). *Depresjon hos eldre*. Norsk Helseinformatikk.
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre/>.

Norsk Sykepleieforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Unikard. (2017, 28. februar). *Avslører utfall etter hjerneslag presist med Scandinavian Stroke Scale*.
Unikard. <http://unikard.org/avslorer-utfall-hjerneslag-presist-scandinavian-stroke-scale/>.

Stubberud, D-G. (Red.). (2015). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*.
Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stubberud, D-G. (Red.). (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom (2. utg.)*.
Gyldendal Norsk Forlag AS.

8 VEDLEGG

8.1 PICO-SKJEMA

	AKTUELT	NORSKE SØKEORD
P	Hjerneslag-pasientar (<65 år). Rehabiliteringsfase.	Hjerneslag. Ung. Rehabilitering.
I	Depresjon. Angst.	Depresjon, nedstemt. Angst, frykt.
C		
O	Mindre depressive symptom i etterkant av hjerneslag.	Depressive symptom, bedre livskvalitet.

Engelske søkeord ligg under skjema for litteratursøk i kapittel 8.2.

8.2 LITTERATURSØK

LITTERATURSØK 1 – Academic Search Elite (gjennomført 24. April 2021)

SØK	SØKE-OMRÅDE	SØKEORD	TREFF	ABSTRACT LEST	UTVAL
S1	Hjerneslag	Stroke, cerebral stroke, acute stroke, cerebrovascular stroke, apoplexy, brain attack.	170.636		
S2	Rehabilitering	Rehabilitation, occupational rehabilitation, function recovery, recovery of function.	364.426		
S3	Ung	Young, young adult, adult, midlife, young people.	1.680.842		
S4	Depresjon	Depression, emotional depression, depressive.	348.381		
S5	Angst	Anxiety, social anxiety, nervousness, fears, fright.	336.234		
S6	S1, S2, S3, S4, S5		60		
S7	Datoavgrensing (2016 → d.d.)		32	8	1

LITTERATURSØK 2 – MEDLINE (gjennomført 24. April 2021)

SØK	SØKE-OMRÅDE	SØKEORD	TREFF	ABSTRACT LEST	UTVAL
S1	Hjerneslag	Stroke, cerebral stroke, acute stroke, cerebrovascular stroke, apoplexy, brain attack.	356.310		
S2	Rehabilitering	Rehabilitation, occupational rehabilitation, function recovery, recovery of function.	527.321		
S3	Ung	Young, young adult, adult, midlife, young people.	6.401.654		
S4	Depresjon	Depression, emotional depression, depressive.	485.376		
S5	Angst	Anxiety, social anxiety, nervousness, fears, fright.	344.779		
S6	S1, S2, S3, S4, S5		231		
S7	Datoavgrensing (2016 → d.d.)		100	15	1

LITTERATURSØK 3 – CINAHL (gjennomført 25. April 2021)

SØK	SØKE-OMRÅDE	SØKEORD	TREFF	ABSTRACT LEST	UTVAL
S1	Hjerneslag	Stroke, cerebral stroke, acute stroke, cerebrovascular stroke, apoplexy, brain attack.	127.696		
S2	Rehabilitering	Rehabilitation, occupational rehabilitation, function recovery, recovery of function.	188.851		
S3	Ung	Young, young adult, adult, midlife, young people.	1.531.702		
S4	Depresjon	Depression, emotional depression, depressive.	185.760		
S5	Angst	Anxiety, social anxiety, nervousness, fears, fright.	141.991		
S6	S1, S2, S3, S4, S5		115		
S7	Datoavgrensing (2016 → d.d.)		51	12	0



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	10-06-2021 12:30	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	Else Cathrine Lütcherath Rustad		

Deltaker

Kandidatnr.:	232
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8000
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen
konfidensielt
materiale? Nei

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei