



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	14-04-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
Flowkode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	445
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Livet etter hjerneslaget- førebyggende tiltak mot depresjon
Antall ord *:	8978

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensielt
materiale?:

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Livet etter hjerneslaget- førebyggjande tiltak mot depresjon

Life after stroke - preventive interventions against depression

Kandidatnummer 445

Bachelor i sjukepleie, Stord
Fakultet for helse- og omsorgsvitskap

Innleveringsdato:28.04.2022

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

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

Samandrag

Tittel: Livet etter hjerneslaget- forebyggande tiltak mot depresjon

Bakgrunn: Kvart år vert om lag 12 000 ramma av hjerneslag i Norge. Mellom 20 og 40 prosent av slagamma lid av depresjon i ettertid. Omtrent 20 prosent av slagamma er under 65 år, og studiar viser at mange unge er ekstra sårbare etter hjerneslag.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar bidra med å førebygge depresjon og depressive symptom hos yngre pasientar som har gjennomgått hjerneslag?

Hensikt: Sjå på kva sjukepleiartiltak som kan vere med på å førebygge og dempa risikoen for å utvikla depresjon i etterkant av eit hjerneslag hos yngre slagamma. Eg skal belysa kvifor denne pasientgruppa er ekstra sårbare. Fokuset for oppgåva skal vere korleis ein som sjukepleiar kan gi pasientgruppa betre oppfølging, støtte og korleis ein kan ivareta dei psykososiale behova, slik at ein kan førebygge depresjon på ein best mogleg måte.

Metode: I denne oppgåva er det tatt i bruk litteraturstudie som metode. Forskningsartiklar er funne gjennom systematisk søk i relevante databasar. Relevant teori, funn i frå forskning og egne erfaringar vert drøfta i lys av problemstillinga.

Funn og konklusjon: Tiltak og kartlegging tidleg for yngre slagpasientar er spesielt viktig, då det viser at yngre slagamma verkar som meir sårbare for å falla utanfor oppfølgingsystemet og får fram viktigheita av god oppfølging. God informasjon og opplæring til pasient og pårørande kjem fram som eit av dei viktigaste tiltaka for å forebygga depresjon hos slagpasientar. Det er fleire ulike psykososiale tiltak som har vist effekt.

Nøkkelord: Hjerneslag, depresjon, yngre pasientar, førebygge

Summary

Background: Every year, about 12,000 people suffer from stroke in Norway. Between 20 and 40 percent of stroke patients suffer from depression afterwards. About 20 percent of stroke cases are under the age of 65, and studies show that many young people are extra vulnerable after a stroke.

Thesis statement: How can a nurse help prevent depression and depressive symptoms in younger patients who have had a stroke?

Purpose: Look at what nursing interventions that can help to prevent and reduce the risk of developing depression after a stroke in younger stroke patients. I will shed light on why this patient group is extra vulnerable. The focus of the assignment will be on how one as a nurse can give the patient group better follow-up, support and how one can take care of the psychosocial needs, so that one can prevent depression in the best possible way.

Method: In this thesis, literature study has been used as a method. Research articles have been found through systematic searches in relevant databases. Relevant theory, findings from research and own experiences are discussed in light of the problem.

Findings and conclusion: Interventions and early screening for younger stroke patients are particularly important, as it shows that younger stroke patients seem to be more vulnerable to falling outside the follow-up system and emphasize the importance of good follow-up. Good information and training for patients and relatives emerges as one of the most important intervention to prevent depression in stroke patients. There are several different psychosocial interventions that have shown an effect.

Keywords: Stroke, depression, younger patients, prevention

Innhold

1 INNLEIING	1
1.1 Introduksjon av valt av tema	1
1.2 Hensikt og mål	2
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling	2
2 TEORI	3
2.1 Jean Watson sin sjukepleiarteori	3
2.2 Hjerneslag	4
2.2.1 Førekost av hjerneslag	4
2.2.2 Utfordringar i etterkant av eit hjerneslag	5
2.2.3 Depresjon etter hjerneslag	5
2.2.4 Risikofaktorar for å få depresjon etter hjerneslag	6
2.2.5 Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag	7
2.3 Sorgreaksjon	7
2.4 Sjukepleiaren si førebyggande rolle	8
3 METODE	8
3.1 Litteraturstudie	8
3.2 Framgangsmåte	9
3.2.1 Innleiande manuelt søk	9
3.2.2 Søk i databasar	9
3.3 Metodekritikk	11
3.3.1 Vurdering av egen oppgåve	11
3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartiklar og litteratur	12
3.3.3 Etikk i oppgåveskriving	13
4 RESULTAT	14
4.1 Samandrag av valte artiklar	14

4.2 Samla analyse av resultata	19
5 DRØFTING	19
Oppfølging.....	19
Kunnskap og kartlegging	20
Informasjon og opplæring av pasient og pårørende.....	22
Psykososiale tiltak	24
Sjuepleiefagleg refleksjonar- betydning av nærvær.....	25
Avslutning	26
REFERANSELISTE	27
Vedlegg 1: Oversikt over forskningsartiklar i tabell	30
Vedlegg 2: Sjekkliste	31

1 INNLEIING

1.1 Introduksjon av valt av tema

Kvart år vert om lag 12 000 ramma av hjerneslag i Norge (Bjerke, 2018). Mellom 20 og 40 prosent av slagamma lid av depresjon i ettertid (Helsedirektoratet, 2020). Av dei om lag 12 000 personane som vert lagt inn for hjerneslag, vil ein tredjedel gjenvinna full eller tilnærma full funksjon i løpet av det første året. Ein tredjedel vil døy. Den siste tredjedelen vil ha ein varig funksjonshemming som påverkar dagleglivet og kan medføra at ein blir avhengig av andre (Helsedirektoratet, 2020). På Norsk hjerneslagregister (2021) vert det lagt fram ei forventa auking av hjerneslag i takt med stadig fleire eldre i befolkninga, dette saman med redusert dødelegheit. Dette betyr at talet på personar som lev med følgjetilstandar, blant anna depresjon, etter hjerneslag vil auka betydeleg (Nasjonalt sekretariat for Norsk hjerneslagregister, 2021).

Omtrent 20 prosent av slagamma er under 65 år, og studiar viser at mange unge er ekstra sårbare etter hjerneslag (Bjerke, 2018). Utfordringar yngre kan møte etter gjennomgått hjerneslag er mange, og dei skil seg frå dei eldre då dei ofte er i jobb og/eller under utdanning og mange har eit forsørgeransvar på heimebane (Bjerke, 2018). Depresjon, depressive symptom og førebygging hos yngre slagamma er noko eg vil sjå på frå eit sjukepleiarfagleg perspektiv og ut i frå Jean Watson sin omsorgsteori.

Eg har jobba på ein slagenhet på sjukehus i 2 år, og har erfart mykje når det kjem til slagbehandling og arbeid med slagamma. Hjerneslag er noko som kjem plutselig, noko du ikkje kan førebu deg på. I går var du frisk, og no er du sjuk, kanskje til og med heilt pleietrengande og utan språk. Dette endrar tankane dine, og det snur opp ned på heile livet ditt på 1-2-3.

Eg har opplevd og erfart at fokuset ofte hamnar rundt den fysiske rehabiliteringa og betring av dei fysiske utfalla. Når ein veit at opp mot 40 prosent av slagamma lid av depresjon, er dette eit tema som burde vore meir fokus på. Vanlege symptom på depresjon er nedstemtheit, manglande interesse og lite energi. Andre symptom kan vere ingen håp for framtida, ein kan bli tafatt, initiativlaus, nedsett appetitt og søvnforstyringar (Skårderud et al., 2018, s. 362-363). Dette med nok søvn, kvile, ernæring og aktivitet er faktorar som er

sentrale for å få til ei god rehabilitering, og depresjon kan på denne måten gi nedsett rehabiliteringspotensiale (Helsedirektoratet, 2020).

Som sjukepleiar har ein etiske retningslinjer ein skal følgje. «2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (NSF, 2019). Som sjukepleiar skal ein også understøtta håp, meistring og livsmot hos pasienten (NSF, 2019). Ein skal tenka førebyggjande i arbeidet. Dersom ein i eit sjukepleiarfagleg perspektiv klarar å fremja god oppfølging av slagpasientar, og bidrar til å bremsa utviklinga, kan ein då redusera tal på slagpasientar med depresjon i framtida. Med god kunnskap om dette, vil ein kunne vere med på å gi betre livskvalitet for unge slagpasientar.

1.2 Hensikt og mål

Hensikta med oppgåva er å sjå på kva sjukepleiartiltak som kan vere med på å førebygge og dempa risikoen for å utvikla depresjon i etterkant av eit hjerneslag hos yngre slagamma. Eg skal belysa kvifor denne pasientgruppa er ekstra sårbare. Fokuset for oppgåva skal vere korleis ein som sjukepleiar kan gi pasientgruppa betre oppfølging, støtte og korleis ein kan ivareta dei psykososiale behova, slik at ein kan førebygge depresjon på ein best mogleg måte. Målet med oppgåva er å finne god forskning som viser til gode tiltak som er med på å førebygge depresjon hos yngre slagamma. Eg har som mål å gi deg som lesar eit innblikk i viktigheita av dette temaet og at ein sit igjen med mykje god kunnskap som ein kan ta med seg vidare i arbeidet som sjukepleiar.

1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Korleis kan sjukepleiar bidra med å førebygge depresjon og depressive symptom hos yngre pasientar som har gjennomgått hjerneslag?

Ut i frå denne problemstillinga skal eg sjå kva sjukepleiartiltak ein kan gjennomføre for å førebygge depresjon og depressive symptom hos yngre slagpasientar. Med sjukepleiartiltak meiner eg ikkje-medikamentelle tiltak. I Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag(2020) kjem det fram at medikamentell førebygging av depresjon etter eit hjerneslag har ingen dokumentert effekt, og det vert difor ikkje anbefalt, og vert ikkje vurdert i denne oppgåva. Med sjukepleiartiltak vil i denne oppgåva vere alt i frå oppgaver, tilnærmingar, handlingar og relasjonar som sjukepleiarar kan opprette, ivareta og utføra i samarbeid med ein yngre pasient som har vert gjennom eit hjerneslag. Det vil ikkje gjort avgrensingar rundt kor langt pasienten har komt i rehabiliteringsprosessen, då eg ynskjer å

undersøka alle typar sjukepleiartiltak som er gjort forskning på, dette uavhengig om det er i heimen eller på sjukehuset.

Eg vel å bruke omgrepet hjerneslag i denne oppgåva, og det blir brukt om alle tilstandar der bløding eller blodpropp i hjernen har ført til utfall, då det kan gi like symptom, avhengig av kvar del av hjernen som er angripen (Mathisen et al., 2021). Depresjon i denne oppgåva vert meint pasientar som viser depressive symptom eller som har fått diagnosen depresjon. Fatigue er noko som også kunne vore relevant å tatt med i oppgåva, då dette også er ein vanleg konsekvens av hjerneslaget. For å avgrense oppgåva fokuserer eg kunn på depresjon og depressive symptom. Førebygging av depresjon er noko som er tverrfagleg arbeid, men eg vel å ha eit sjukepleiefagleg fokus og kva ein som sjukepleiar kan bidra med.

Eldre og yngre pasientar vil ha ulike utfordringar etter eit hjerneslag (Bjerke, 2018). Det kan difor vere utfordrande å snakka om slagpasientar generelt. Med den yngre pasienten vert det meint personar under 65 år (Bjerke, 2018). Eg vel å ikkje sjå på barn, og avgrensar oppgåva frå 18 år og opp til 65 år.

2 TEORI

2.1 Jean Watson sin sjukepleiarteori

Jean Watson sin omsorgsteori handlar om at sjukepleie bør vere ein vitskap med omsorg som etisk ideal. Det skal vere ein relasjon og eit engasjement mellom sjukepleiaren og pasienten. Watson viser at omsorg i sjukepleie ikkje berre er ei kjensle, bekymring, haldning og eit ynskje, men krev også kunnskapar om korleis ein trøystar, gir medkjensle og empati. Watson presenterer ti omsorgsfaktorar som dannar ein struktur for å studera og forstå sjukepleie som vitskapleg omsorg (Watson, 2012, ss. 94-98). Dei ti faktorane er:

1. Humanitisk-altruistiske verdiar
2. Tru og håp
3. Sensitivitet ovanfor seg sjølv og andre
4. Tillit og støtte, ein menneskeleg omsorgsrelasjon
5. Utrykk for positive og negative kjensler
6. Kreativ og problemløysande omsorg
7. Transpersonleg undervisning og læring
8. Støttande, beskyttande og/eller korrigerande mentale, fysiske samfunnsmessige og

åndelege omgiversar

9.Understøttelse av menneskelege behov

10.Eksistensielle og fenomenologiske og spirituelle krefter (Watson, 2012, s. 96).

Watson vektlegg at sjukepleie er å fremma ei høg grad av helse og indre harmoni. Meistring av livssituasjonen er eit mål og er kjenneteikn på helse. Watson seier at sjukepleiaren sitt mål er å hjelpa personar med å oppnå større harmoni i sinn, kropp og sjel, og ein harmoni som skaper sjølvbevisstheit, sjølvfølelse, sjølvhelbreding og eigenomsorg, ved at den gir moglegheit for mangfald (Watson, 2012, s. 67).

Watson vurderer omsorg som det moralske idealet om sjukepleie med stor merksemd på menneskeverd og bevaring av det menneskelege. Omsorga kan begynna når sjukepleiaren går inn i ein anna persons livsområde eller fenomenologisk felt og kan fornemme den andre sin tilstand, føler denne tilstanden i seg sjølv og reagerer på ein slik måte at mottakaren opplev frigjering av subjektive følelsar og tankar. Når følelsar, tankar og energi som ikkje harmonerer med ein person vert frigjort, vert det erstatta av andre følelsar, tankar og energiar som er i større harmoni med sjølvvet (Watson, 2012, s. 82).

2.2 Hjerneslag

Hjerneslag er ein samlenemning på alle tilstandar som fører til sirkulasjonsforstyrring i hjernen. Eit hjerneslag vert definert som ein plutselig skade på hjernevevet som følgje av at blodtilføringa til eit område av hjernen plutselig opphøyr. Dette skjer enten på grunn av eit hjerneinfarkt eller bløding frå ei arterie i hjernen. Her går enten ein eller fleire blodårer i hjernen tette som følgje av blodpropp eller ei blodåre som sprekk og blod siv ut i hjernevevet. Sidan hjernevev er svært sårbart for forandringar i blodforsyninga, vil det raskt døy hjernevev ved opphøyr av oksygen- og glukosetilføring frå blodet i meir enn få minutt. Funksjonar som er kontrollert av eit området der hjerneceller dør, vil gå tapt (Bertelsen, 2016, s. 325-326). Avhengig av området som vert ramma, kan hjerneslag gi lammingar, talevanskar, synsforstyrningar og bevisstløsheit (Mathisen et al., 2021). Rask diagnostisering og behandling er avgjerande for utfallet.

2.2.1 Førekomst av hjerneslag

Norsk hjerneslagregistert registrerer alle pasientar med akutt hjerneslag som vert innlagt på norske sjukehus. Ca 12 000 personar vert ramma av hjerneslag kvart år i Norge. Hjerneinfarkt er hovudårsaka til dei fleste tilfella av hjerneslag og utgjer ca. 85%. Hjernebløding utgjer ca.

10-15%. Hjerneslag er noko som rammer folk i alle aldrar, men risikoen for å få hjerneslag aukar med alderen. Gjennomsnittsalderen for pasientar som får hjerneslag for første gong er 72 år for menn og 77 år for kvinner. Hyppigheita av hjerneslag er forventet å auka i takt med fleire eldre i befolkninga. Dødelegheita har vist ei klar nedgang dei siste 30-40 åra, som betyr at stadig fleire kjem til å leva med følgjetilstandar etter hjerneslaget (Nasjonalt sekretariat for Norsk hjerneslagregister, 2021). Dersom du har blitt ramma av hjerneslag ein gong, er det større risiko for nytt slag enn hos andre som ikkje har hatt slag. Om lag 25% av alle slagpasientar får tilbakevendande hjerneslag innan fem år etter det første slaget (Mathisen et al., 2021).

2.2.2 utfordringar i etterkant av eit hjerneslag

Det er mange ulike konsekvensar ein kan få etter eit hjerneslag. Dei første dagane etter eit hjerneslag vil det oppstå ulike plagar. Det er ikkje uvanleg å få infeksjonar som lungebetennelse og urinvegsinfeksjon. Dei vanlegaste fysiske konsekvensane er lamminga, dårlegare førligheit, språkproblem, balanseproblem, svimmelheit, svelgproblem, synsforstyringar og tap av kontroll på urin og tarm. Vanlege psykososiale konsekvensar er konsentrasjonsproblem, hukommelsesproblem og kommunikasjonsutfordringar. Psykiske utfordringar etter hjerneslag kan vere humørsvingingar, angst, depresjon, afasi, personlegdomsforandringar, utmatting og trøttheit, tapt arbeidsliv og kognitive problem. Eit slag fører ofte til at livssituasjonen endrar seg (LHL, 2015). LHL(2015) peikar på at dersom du har hatt eit hjerneslag og ikkje kjem i gong med tilpassa aktivitetar med ein gong, aukar risikoen for store problem. Problem som at smertene kan bli verre, ein kan få liggesår, blodpropp i beina og problem med mage- og lungefunksjon (LHL, 2015). Hjerneslag er årsak nummer ein til uførheit, årsak nummer ein til innlegging ved sjukeheim og årsak nummer tre til dødsfall i Norge. Hjerneslag er også årsak eller ein viktig medverkande årsak til om lag halvparten av alle demenstilfelle (Mathisen et al., 2021).

2.2.3 Depresjon etter hjerneslag

At den som har overlevd eit slag utviklar ein depresjon er ikkje uvanleg. Depresjonen kan føra til at rehabiliteringa går langsamare (Løvhøiden & Welhaven, 2015). Mellom 20 og 40 prosent av slagamma lid av depresjon i ettertid (Helsedirektoratet, 2020). Dei vanlegaste fysiske symptomata på depresjon er dårleg søvn, dårleg matlyst, å gå opp eller ned i vekt utan å ynskje det, trettheit og redusert energinivå, rastløsheit, hovudverk og mageproblematikk. Dei

vanlegaste psykiske symptoma på depresjon er kjensle av trisheit, nervøsitet, irritabilitet, skyldføling, håpløshet og mindreverdigheitsføling, lita interesse for aktivitetar ein tidlegare trivdas med, problem med å halda fokus, huska ting eller ta slutningar, tankespinn omkring døden og eventuelt sjølv mordstankar (Løvhøiden & Welhaven, 2015).

Depresjon etter hjerneslag, eller post-stroke depression(PSD) som det ofte vert kalla, er ein av vanlege og alvorlege følgetilstandar etter hjerneslag. PSD er sterkt assosiert med høg dødelegheit. PSD reduserer ikkje berre kvaliteten på livet til pasienten, men aukar også belastninga på familie og samfunnet. Å forstå risikofaktorar ved PSD er gunstig for å forebygga og behandla sjukdommen og det finns mange ulike kartleggingsverktøy (Guo et al., 2021).

2.2.4 Risikofaktorar for å få depresjon etter hjerneslag

Shi et al. (2017) viser til at ein av dei største risikofaktorane for å få depresjon etter eit hjerneslag er ein historie med psykisk sjukdom før hjerneslaget. Andre viktige risikofaktorar er nevrotisisme og ei familiehistorie med psykiske lidingar. Psykiske sjukdommar er komplekse lidingar som kan skyldast både genetikk og miljømessige faktorar, og depresjon etter hjerneslag kan dermed forklarast me ein genetisk arv av familiesjukdom (Shi et al., 2017).

Shi et al.(2017) legg fram at alvorlighetsgrada av hjerneslaget kan vere ein viktig risikofaktor. Bevegelsesforstyringar, dysfunksjon og livshindringar forårsaka av hjerneslag kan truleg svekka pasienten sin sjølv tillit som kan auka førekomsten av depresjon. Alvorligheten av slaget har noko å sei på grunn av innflytelsen på nivå av handikap og uavhengige. Det viser også at skaden på venstre hjernehalvdel, spesielt i venstre frontallapp og venstre basalganglier hadde nær samanheng med omfanget av depresjon etter slag. Mogleg årsak til dette er at venstre hjernehalvdel er den dominerande hjernehalvdelen som er ansvarleg for positive følelsar og språk (Shi et al., 2017).

Det kvinnelege kjønn er ein betydeleg risikofaktor for depresjon etter hjerneslag. Nokon studie meinte at hormonelle endringar kanskje spelte ei rolle i førekomsten, på grunn av deres innverknad på humøret til kvinnelege pasientar. Det blir også lagt fram at kvinner har dårlegare meistringsmetodar for å handtera denne type situasjon. Alder er også ein risikofaktor. På grunn av den reduserte mentale kapasiteten og den langsamare rehabiliteringa, som reduserer livskvaliteten og aukar mentalt press, kan førekomsten av depresjon vere meir vanleg hos middelaldrande slagpasientar enn hos eldre. Det ser ut til at

det er vanskelegare for middelaldrande under 70 år å møta sine fysiske lidningar og tap av arbeidskapasitet forårsaka av sjukdommen. Nivået av handikap er også ein risikofaktor for depresjon etter hjerneslag, då det reflekterer graden av invaliditet, samt graden av hjerneskadene. Eit høgt nivå av handikap vil alvorleg påverka pasientane i livet og arbeid, og føra til store fysiologiske og psykologiske traume, som til slutt kan resultera i depresjon. Når ein veit risikofaktorar for depresjon etter gjennomgått gjerneslag, kan ein sette inn tiltak når det gjelder risikofaktorar og forebygge depresjon på denne måten. Sosial støtte i frå familie og venner er faktorar som kjem fram at er forebyggande for depresjonen (Shi et al., 2017).

2.2.5 Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag

Helsedirektoratet(2020) har utarbeida nasjonal fagleg retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Målgruppa for retningslinjene er helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetenestene(Helsedirektoratet, 2020). I følge Helsedirektoratet (2020) er emosjonelle symptom blant dei mest oversette problema etter hjerneslag. Depresjon kan gi nedsett rehabiliteringspotensiale og pasienten bør bli vurdert med henblikk på depresjon i løpet av den første månaden etter hjerneslaget. Helsedirektoratet(2020) legg fram at medikamentell førebygging av depresjon har ingen dokumentert effekt og vert difor ikkje anbefalt. Ikkje-medikamentell behandling kan vere støttesamtalar, informasjon til pasient og pårørande og generell oppfordring til fysisk aktivitet og trening. Ved depresjon anbefaler helsedirektoratet(2020) å etablere eit trygt og støttande miljø og vurdering av psykoterapi. Det er viktig å kartlegga og om mogleg forebygga medverkande årsaker til depresjon, slik som t.d. smerte og sosial isolasjon(Helsedirektoratet, 2020).

2.3 Sorgreaksjon

Renolen (2015, s. 197) beskriv sorg som ein nemning på tilstanden knytt til tapsopplevinga. Sorg vil utløysa sterke og djupe kjensler. Menneske som er i sorg kan kjenna på trisheit, skyld, sinne, lettelse, uvirkelegheitskjensle og håpløysa (Renolen, 2015, s. 197). Nokon studiar peiker på at sorg etter hjerneslag ikkje skil seg i frå sorg etter ein nær pårørande. Normal trisheit er karakterisert ved den spesifikke konteksten det oppstår i. Intensiteten heng saman med opplevinga av sjølv tapet, og at den gradvis opphøyrer etter kvart som meistringsmekanismer inter. Moglegheita for å gjenvinna større eller mindre delar av det som er tapt vil vera der i veker, månader og år etter hjerneslaget. Balansen mellom tap og å akseptera det på den eine sida, og gjenvinna funksjon på den andre sida, er vesentleg og vanskeleg (Kouwenhoven &

Kirkevold, 2013). Kouwenhoven & Kirkevold(2013) peikar på at depressive symptom etter hjerneslag kan vere ein naturleg sorgreaksjon.

2.4 Sjukepleiaren si førebyggande rolle

I NSF sine yrkesetiske retningslinjer seier det at «2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.» (NSF, 2019). Førebygging vert definert som ein mangetydig og positiv lada nemning for forsøk på å eliminera eller avgrensa ein uynskt utvikling (Mikkelsen, 2005). Som sjukepleiar har ein mange funksjonar, til dømes behandling, rehabilitering, lindring og også førebygging. Førebygging vert retta mot friske menneske, mot personar som er spesielt utsett for helsesvikt og mot menneske som er utsett for komplikasjonar av ulike årsakar(Kristoffersen et al., 2016, s. 17-18). Folkehelselova(2011, § 1, § 3) har som føremål å støtta opp under ei samfunnsutvikling som fremmar folkehelse og jamnar ut sosiale helseskilnader, og skal fremma helse, trivsel, gode sosiale og miljøretta forhold, og forebygga psykisk og somatisk sjukdom, skade og liding. Sjukdomsførebygging handlar om å redusera omfanget av kroniske lidingar og infeksjonssjukdommar og kan gjerast ved å redusera eksponering av risikofaktorar og ved å gripa inn på eit tidleg stadium slik at sjukdom ikkje utviklar seg (Braut & Aarheim, 2020, s. 121). I primærførebygginga vert det nytta ulike arbeidsmetodar som inneberer helseopplysning. Det vil seie formidling av kunnskap om korleis man kan førebygge sjukdom. Sækundærførebyggande arbeid har som mål å avdekka sjukdom eller sjukdomsrisiko før det kjem symptom, samt å redusera følgene av sjukdom som har blitt diagnostisert. Ein form for sekundærførebygging er screening, der ein tar sikte på å oppdaga sjukdom før den gir symptom. Tertiærførebyggande arbeid tar sikte på å hindra at konsekvensane av sjukdom og funksjonshemmingar medfører meir plager for dei det gjeld (Braut & Larsen, 2018).

3 METODE

3.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie som metode er ein systematisk prosess der ein systematiserer kunnskap i frå skriftelege kjelder ved å samla inn litteratur, gå kritisk gjennom den og samanfatta til slutt. Ein skal gi lesaren ei oppdatert og god forståing av kunnskapen og gi ei beskriving av korleis ein har komen fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, ss. 77-78).

3.2 Framgangsmåte

I denne delen vert det presentert kort eigen framgangsmåte for søk etter litteratur og forskningsartiklar, og dette vert grunngeva fagleg ut frå relevant litteratur om forskingsmetode.

3.2.1 Innleiande manuelt søk

Ein framgangsmåte for å tileigna seg litteratur og få ein liten oversikt kan gjerast med innleiande manuelle søk (Thidemann, 2019, s. 81). Det vart funne ut kor mykje som er skreve om problemfeltet, og dette vil sei noko om omfanget av litteratur og forskning som er knytt til problemstillinga. Gjennomføring av manuelle søk i pensumlitteratur, faglitteratur, og med fritekst i Google Scholar. I dei innleiande søka i Google Scholar vart det funnen fleire artiklar som hjelpte med å identifisera gode søkeord til dei systematiske søka.

3.2.2 Søk i databasar

Arbeidet med det systematiske litteratursøka byrjar med ei vurdering av kva databasar som skulle nyttast. Det vart sitt på Helsebiblioteket sin oversikt over databasar og informasjon om kva fagområde databasane dekkja. Det vart nytta Pubmed, Cinahl og Ovid Medline, Cochrane og SveMed. For å finne søkeord vart det nytta UIA si hjelpeside for å finne relevante MESH-ord i tillegg til søkeorda eg fann i frå manuelt søk (2022). Søket vert vurdert og justerer gjennom heile prosessen for å få eit mest mogleg presist søk. På grunn av alt for mange resultat på søkeorda, også etter presisering, vart det valt å avgrense nokon av søka til at dei måtte vere i abstraktet. Søketaellar i frå systematiske søk, vert presentert under.

Tabell 1

Søket vart gjennomført 17.03.2022							
Søk	Søkeord	Avgrensingar	CINAHL	PubMed	Ovid	Cochrane	SveMed
S1	Stroke survivor OR stroke		135,767	395,919	336145	75639	1720
S2	poststroke depression OR poststroke depressive symptoms OR depression OR depressive symptoms		194,894	568,634	463115	90198	1966
S3	nurse OR nurses OR nurse care OR care		1,871,381	3,141,118	2583806	306986	29777
S4	S1 AND S2 AND S3		1,376	2,634	2392	7681	6

S5	therapeutic interventions OR interventions OR prevent OR nurse interventions		616,781	13,558,192	1007412	638026	4577
S6	S4+S5	2010-2022 English language	315	1,563	380	68	0
S7	midlife or middle life or middle age or middle adulthood or young or younger or work-age or work-aged		998,675	5,744,915	1616361	46471	0
S8	S7 AND S6		143	801	52	6988	0
S9	S1 AND S3		680,101	60,489	41567	233	411

Valte artiklar frå søk:

- Frå søk S8 CIHNAAL, er også å finne på Pubmed og Ovid: *“Stroke survivor and informal caregiver perceptions of poststroke depressive symptoms”*. Denne vart vurdert som relevant for problemstillinga då den ser på pasientar og pårørande si oppfatning av depresjon og depressive symptom etter gjennomgått slag.
- Frå søk S8 OVID, er også å finne på CINAHL og Pubmed: *“Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital”*. Denne vart vurdert som relevant då den ser på sjukepleiartiltak og korleis ein skal kartlegga depresjon hos slagpasientar for å tidleg fange det opp, og slik forebygge det.

Tabell 2

Søket vart gjennomført 17.03.2022							
Søk	Søkeord	Avgrensingar	CINAHL	PubMed	Ovid	Cochrane	SveMed
S1	therapeutic interventions OR interventions		40	12,252,546	54947	4785	1367
S2	poststroke depression		300	2,589	595	10	9
S3	nurses OR nursing		2,504	997,468	718812	648	10763
S4	S1 AND S2 AND S3	Abstract	9	6	6	2	0

Valte artiklar frå søk:

- Frå søk S4 Pubmed, også å finne på Ovid og CINAHL: *“A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses”* vert valt. Relevant for problemstillinga då den ser på kva sjukepleiartiltak ein kan sette i gong for å forebygge og å hindre at ein eventuell depresjon utviklar seg.

Tabell 3

Søket vart gjennomført 17.03.2022							
Søk	Søkeord	Avgrensningar	CINAHL	PubMed	Ovid	Cochrane	SveMed
S1	Stroke survivors OR stroke		135,767	395,919	336145	75639	1720
S2	midlife or middle life or middle age or middle adulthood or young or younger or work-age or work-aged		998,675	5,744,915	1616361	46471	0
S3	S1 AND S2		49,717	160,974	25558	835	0
	S1 AND S2	Abstract	4,248	13,713	12469		
S4	S3 AND depression OR depressive symptoms OR post-stroke depression OR psychosocial challenges	Abstract	195	439	4525	567	0
S5	S4 AND therapeutic interventions OR intervention OR prevent OR nurse interventions	Abstract	35	41	42	566	0
Valte artiklar frå søk:							
<ul style="list-style-type: none"> • Frå søk S5 Ovid, også å finne på CINAHL og Pubmed: <i>“Young and midlife stroke survivors' experiences with the health services and long-term follow-up needs”</i>. Relevant for mi oppgåva då den ser på utfordringar og erfaringar yngre slagamma har i frå helsevesenet og korleis dei føler oppfølginga har vore. • Frå søk S5 Pubmed: <i>“Work-aged stroke survivors' psychosocial challenges narrated during and after participating in a dialogue-based psychosocial intervention: a feasibility study”</i>. Denne er relevant for problemstillinga mi då den tar for seg slagoverlevande i alder 18-67, og kva utfordringar dei hadde når dei skulle tilbake til kvardagen. 							

3.3 Metodekritikk

3.3.1 Vurdering av egen oppgåve

For å belysa fleire sider ved problemstillinga og få ei brei forståing vart 5 forskningsartiklar inkludert i datamaterialet. Alle artiklane er skreve på engelsk, dette er positivt då litteraturen når ut til fleire. På den andre sida vil det gi ein moglegheit for større risiko for feiltolking i frå mi side i å oversetta innhaldet. Denne risikoen har eg vore bevisst på i frå starten av. Artiklane er 10 år eller yngre, på grunnlag av at Dalland (2017, s. 162) legg fram at fagområdet er kontinuerleg i utvikling og kan bli utdatert, men at litteratur som er eldre kan likevel vere av betydning. Det vert undersøkt at forfattarane har relevant kunnskapar og erfaring innanfor området. Grunnen til dette er at litteraturen som skal belysast i oppgåva skal vere av god kvalitet og vere truverdige.

Klinedinst et al. (2012) sin kvantitative tverrsnittstudie er ikkje europeisk, og kan difor vere ei ulempe då helsesystema er ulikt. Eg vurderer artikkelen som relevant for mi problemstilling då

den ikkje fokuserer på korleis helsesystemet er i eit spesifikt land, men fokuserer heller på pasientgruppa. Det er viktig å ha i tankane at det er kulturelle forskjellar og samfunnet er annleis.

I artikkelen til Martinsen et al. (2015) og Martinsen et al. (2013) er der mange av dei same forfattarane, det same gjeld Van Dijk et al. (2018) og de Man-van Ginkel et al. (2010). Dette kan vere ein fordel og ei ulempe. Fordelen er at ein veit at dette er noko forfattarane har god innsikt og kunnskapar om. Ulempa med dette er at eg mister andre eventuelle synsvinklar på problemstillinga. Sidan eg har ein anna artikkel i tillegg, og at eg er observant på dette, ser eg ikkje på dette som noko ulempe.

Under søkeprosessen vart fleire studie lest og gjennomgått for å finna ut om det var relevant for problemstillinga i oppgåva. Det er mykje forskning på området, men lite som tar for seg spesifikt førebygging av depresjon hos yngre slagamma. Eg har difor funne nokre artiklar som tar for seg førebygging av depresjon generelt hos slagamma, og noko artiklar som tar for seg den spesifikke aldersgruppa, og eg vil då sjå om eg ser samanhengar i desse. I Martinsen et al. (2013) og Martinsen et al.(2015) ser ein ikkje direkte på depresjon og førebygging av dette, men meir om den spesifikke aldersgruppa, opplevingar av hjerneslaget, helsevesenet og kva som er viktig for dei. Alle artiklane har mykje gode funn som er relevant for problemstillinga sjølv om ikkje alle svarar direkte på det problemstillinga spør etter.

Som beskrive innleiingsvis er erfaringar i frå praksis ein del av grunnlaget for val av tema, og eg kan dermed ikkje garantera objektivitet. Eg har etter beste evne forsøkt å henta inn data basert på problemstillinga og relevans, og ikkje ut i frå eigne tankar og haldningar.

3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartiklar og litteratur

Metodane som nyttast for å fastslå om ei kjelde er truverdig kallas kjeldekritikk. Det vil seie å både vurdere og karakterisera litteraturen som er funnet, samt regjera for kva kriteria som er nytta under utveljinga(Dalland, 2017, s. 158). For å sikra at datamaterialet er påliteleg og av kvalitet, har eg sjekka artiklane ved bruk av sjekklister i frå helsebiblioteket (2016). Ved å nytta meg av sjekklister har eg sjekka artiklane sine metodar, kva resultatet fortel og om dette kan bli tatt med vidare i praksis (Helsebiblioteket, 2016). Ei av sjekklisene ligg som vedlegg for å vise korleis dette er gjort.

Dei 5 forskningsartiklane som er valt er sjekka at er etisk godkjend, eller at personvernet er handtert på ein forsvarleg måte der deltakarane er anonymisert og har samtykka.

Forskningsartiklane er bygd opp av IMRAD-strukturen. Dalland(2017, s.163) seier at IMRAD-strukturen er eit kjenneteikn og oppbygning av forskningsartiklar med introduksjon, metode, resultat og diskusjon som gjer at det enklare å orientera seg i forskningsopplegget.

De Man-van Ginkel et al.(2010) har skreve ein oversiktsartikkel der de tar for seg sjukepleietiltak til behandling og førebygging av depresjon. Her er det 13 tiltak som vert nemnt, og det er 10 ulike depresjons kartleggingsinstrument som vert nytta til å måle nytten av tiltaka. Dette kan vere med å påverke resultata enn om ein hadde nytta same kartleggingsverktøy til alle tiltaka. I Klinedinst et al.(2012) er utvalet her lite og utvalet kan avvika i frå den gjennomsnittlege hjerneslagpopulasjonen ved at alle var kognitivt intakte, hadde generell høg utdanning og var svært funksjonelle. Det er mogleg at disse faktorane spelte ei rolle i pasientane til å gjenkjenna depressive symptom.

3.3.3 Etikk i oppgåveskriving

Etikk dreier seg om normer for rett og god livsføring (Dalland, 2017, s. 236). Dalland(2015, s.236) viser at dersom ein er stilt ovanfor vanskelege avgjersler i livet, skal etikken gi oss vegleiing og grunnlag for vurderingar før me handlar. Forskningsetikk utgjer ein type nytta etikk, og er i nasjonale forskningsetiske retningslinjer definert som verdiar, prinsipp, normer og institusjonelle ordningar, som til saman bidrar til konstituera og regulera vitskapeleg verksemd (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018). Forskningsetikklova(2017, §1) har som formål å bidra til at forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. Helseforskningslova(2008, §1-§5)har som formål å fremma god og etisk forsvarleg medisinsk og helsefagleg forskning. Forskinga skal vere basert på respekt for menneskerettigheit og menneskeverd. Omsynet til deltakarane si velferd og integritet skal gå framføre vitskapen og samfunnet sine interesser(Helseforskningslova, 2008, §5).

Gjennom oppgåva har eg referert etter APA-standard, får å unngå plagiat. Dalland(2017, s.164) legg fram at man ikkje skal gjere andre sitt verk om til sitt eige, og ein skal referera på ein slik måte at det skal vere enkelt å finna fram til kjeldene igjen. Det er ingen intensjon i oppgåva om å ta på seg ansvaret for forskinga andre har gjort, men å heller diskutera og vidareformidla det arbeidet som er gjort og å diskutera det i eit nytt lys. Fortielse er å villeia ved å holda tilbake relevant tolking og analyse, slik som missande gjengiving av anna forskning

(Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH), 2021). Det er uforenleg med god vitskapeleg praksis og eg vil ettersteva å gjengi så nært opp mot forfattaren si meining som mogleg. Eg har sjekka at forfattarane i forskningsartiklane overheld anonymitet og personversopplysningar om deltakarar. I oversiktsartikkelen vel eg å stole på at forfattarane har gått gjennom aktuelle artiklar, og vel difor ikkje å gå gjennom alle artiklane som er tatt med her.

4 RESULTAT

4.1 Samandrag av valte artiklar

Dei utvalde artiklane vert kort presentert. Studia sine resultat, drøfting og konklusjon vil verta lagt mest vekt på. Hensikt, metode og utval vert kort presentert.

Artikkel 1

“Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital” av Van Dijk, Hafteinsdóttir, Schuurmans & de Man-van Ginke (2018).

Hensikt: Utforska gjennomførbarheiten av verktøysett og kartleggingsverktøy når det gjeld aksept i dagleg sjukepleiepraksis.

Metode: Mixed metode, med kvantitativ og kvalitativ metodisk tilnærming.

Utval: 775 pasientar og 28 sjukepleiarar ved tre ulike sjukehus i Nederland.

Resultat: Studien kartlegg depresjon etter hjerneslag, gjerne kalla post-stroke depression(PSD) ved bruk av eit PSD-verktøysett. Verktøysettet består av tre komponentar: to kartleggingsinstrument, sju sjukepleiartiltak og ein bruksanvisning. Kvar pasient vart kartlagt av ein sjukepleiar den fjerde dagen etter sjukehusinnlegging. Depression Prediction Scale(DePreS) vart nytta hos pasientar som var i stand til å kommunisera tilstrekkeleg og Signs of Depression Scale(SODS) hos pasientar med kommunikative svekkingar. Ved ei eventuell positiv kartlegging skulle sjukepleiarane gjennomføra tiltak. Tiltaka som vart diskutert var: diskusjon om kartleggingsresultata i eit tverrfagleg møte, senda informasjon om resultatet av kartlegginga og vidare tiltak til oppfølgingsbehandling, integrera fysiske aktivitetar i dagleg pleie og tilrettelegging for deltaking, forbetra eigenomsorg, sørga for å aktivt gi god informasjon, fremma viktigheita av sosial støtte og gi veiledning i å finna meining og støtte. Sjukepleiarane vurderte samla sett verktøysettet som akseptabelt med god klinisk nytteverdi.

Resultata viser at verktøysetta blei konkludert med å vere mogleg å nytta for tidleg behandling av depressive symptom etter hjerneslag. Sjukepleiarane synst det var utfordrande å få verktøysettet inkorporert i sin daglege rutine. For vidare implementering av verktøysettet i framtida, for å auka etterlevinga, bør ein utnemna leiarar for verktøysettet, ein bør få verktøysettet inn i digitale system og forbetra tverrfaglege forpliktingar.

Artikkel 2

“Stroke survivor and informal caregiver perceptions of post-stroke depressive symptoms” av Klinedinst, Dunbar & Clark (2012).

Hensikt: Å fastslå pasient og pårørande si kjennskap til depressive symptom, korleis ein gjenkjenn depressive symptoma etter hjerneslag, og deres oppfatning av symptoma som ble gjenkjent.

Bakgrunn: Klinedinst, Dunbar & Clark (2012) legg fram at depresjon etter gjennomgått slag er vanleg, men at dette er underdiagnostisert og underbehandla. Ei forklaring på dette er at depressive symptom ikkje vert gjenkjent av verken pasienten eller pårørande, og blir dermed ikkje rapportert vidare til helsepersonell.

Metode: Kvantitativ tverrsnittstudie. Intervju av pasient og pårørande individuelt. Bruk av fleire avkrysnings- og spørjeskjemaer

Utval: 44 pasientar og 1 pårørande til kvar pasient. Frå 7 ulike sjukehus.

Resultat: Funna var at pasientane og pårørande hadde moderat kunnskap om dei mest kjente symptoma for depresjon. Symptom som dei trenger meir kunnskap om var: vanskeleg med å husken, skyldkjensle, verdiløshet, konsentrasjonsvanskar, vanskar med å ta avgjersler og mykje tankar om døden. Ingen symptom åleine bestemm depresjon. Det er viktig å finne årsaka til symptoma. Det å føla at alt er ein innsats og uroleg søvn kan vera symptom på depresjon, men er også heilt vanlege somatiske symptom på sjølv hjerneslaget.

Humørsymptom som trist og deprimert kjensle er ikkje normale somatiske reaksjonar på hjerneslaget og kan vere tyde meir på depresjon.

Læringsforholda der pasient og pårørande får informasjon på sjukehus og rehabiliteringsavdeling er ikkje ideelle. Ein meir effektiv metode er skrifteleg og biletleg informasjon til den slagamma og pårørande, med gjennomgang i ro og mak.

Undervisningsmaterialet bør innehalda informasjon om teikn og symptom på depresjon etter slag, årsak, konsekvens og tidlinje til symptoma, alternativ, tilgjengelegheit og fordelar med behandling for depresjon. Sjukepleiar bør lesa gjennom alt det skriftleg materiale høgt. Dei som fekk skriftleg informasjon og leste den, hadde eit høgare kunnskapsnivå. Det anbefalast at sjukepleiarar vurderer risiko for depresjon hos slagpasientar med kartleggingsverktøy, og henvis dei som er i risiko for depresjon til ei nevropsykolog eller psykiater.

Artikkel 3

“A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses” av de Man-van Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman & Hasteinddottir(2010).

Hensikt: Utforska sjukepleiarrola i behandling av depresjon etter hjerneslag og identifisera effektive ikkje-farmakologiske intervensjonar.

Metode: Systematisk oversiktsartikkel. Systematisk gjennomgang ved Cochrane-metoden.

Utval: 15 artiklar og ein systematisk oversikt blei identifisert.

Resultat: I studien kjem det fram at sjukepleiarar har ei viktig rolle i å gjenkjenna og kartlegga symptom på depresjon, men at dette kan vere utfordrande på grunn av mangel av kunnskap, ferdigheit og trening på dette. Sjukepleiarane såg viktigheita av dette men på grunn av mangel på tid og avgrensa kunnskap hindra dei å gi pasientane adekvat pleie. Det tiltaket som var best vist effekt var å gi aktiv informasjon. Det vil sei informasjon der det vert lagt opp til at pasienten skal kunne ta til seg informasjonen og klare å klargjera og stadfesta informasjonen som vart gitt. Eit utdanningsprogram for slagpasientar, der pasientane lærte å utvikla meistringsstrategiar for å ta vare på seg i etterkant av eit slag viste effekt. Eit anna tiltak som viste effekt på alvorlegheita av depresjon var livsgjennomgang-terapi, som går ut på at ein diskuterer pasienten sin barndom, oppvekst, familie og heimesituasjon. Eit sjukepleiarstøtteprogram skal ha god effekt og går ut på å aktivera pasienten til å forstå og akseptera diagnosen og behandling av depresjon. Motiverande intervju er eit anna tiltak, og skal ha hatt god effekt på tall av deprimerte pasientar som har hatt hjerneslag. I desse møta vart det diskutert dilemma, ambivalens og ein motivert pasientane til å komma med eigne løysningar, slik at ein fremma optimismen og meistringa. Fysisk trening viser å ha god forebyggande effekt og god effekt på dei som allereie viser depressive symptom.

Artikkel 4

“Young and Midlife Stroke Survivors’ Experiences With the Health Services and Long-Term Follow-Up Needs” av Martinsen, Kirkevold & Sveen(2015).

Hensikt: Målet var å utforska unge og midtlivsslagoverlevande erfaringar med helsetenester og å identifisere langsiktige oppfølgingsbehov.

Metode: Kvalitativ studie med hermeneutisk fenomenologisk tilnærming.

Utval: 16 deltakarar frå to kull var djubdeintervjua. 11 menn og 5 kvinner, alle mellom 21 og 67 år.

Resultat: I intervjua kjem det fram at deltakarane sleit med å få tilgang til oppfølgingshelsetenester. Behovet for kontakt med eit oppfølgingsystem vart framheva som svært viktig. Dei som vart systematisk følgt opp følte dette var meir ein tilfeldigheit enn planlagt. Norsk lovgiving tilseier at alle innbyggjarar med behov for langsiktig oppfølging skal få ein koordinert teneste vegleda av ein koordinator. Kunn ein av deltakarane hadde ein individuell plan, men fleire hadde hatt behov for det. Det kjem fram at denne pasientgruppa som er ramma av slag framstår som meir sårbare for å falla utanfor oppfølgingsystemet. Alder og livssituasjon må tas med i betraktning når ein tilbyr eit rehabiliteringstilbod. Oppfølginga må vere fleksibel då nokon har mindreårige heime, andre var studentar og andre jobb. Det viser at psykososiale tiltak kan vere noko til hjelp for å tilpassa seg den nye situasjonen. Slagoverlevande hadde mykje angst og usikkerheit knytt til fysiske symptom, som påverka deres psykiske velvære. Bekymringar for moglegheit for fysisk forverring, å oppleve eit nytt hjerneslag og konsekvensane av hjerneslaget såg ut til å påverka deltakarane si trivsel negativt. Å vere ute av stand til å støtta barn og familie har vist seg å vere ei utfordring som påverkar velvære. Eit mindretal i studien hadde komt seg tilbake til jobb eller studie, og dette påverkar også trivsel. Å tilby psykososial støtte kan forhindra vanlege utfordringar, som angst, depresjon og sosial isolasjon. For at oppfølginga skal bli oppfatta som støttande, må dei vere i tråd med dei langsiktige behova til pasientane, ta omsyn til deres utfordringar som unge slagamma, og vera planlagt i nært samarbeid med den slagamma. Det er viktig at sjukepleiarane tar omsyn til slagamma sine erfaringar og meiningar, og er med på å støtta og motivera til å fortsetta livet.

Artikkel 5

“Work-aged stroke survivors’ psychosocial challenges narrated during and after participating in a dialogue-based psychosocial intervention: a feasibility study” av Martinsen, Kirkevold, Bronken & Kvigne(2013).

Hensikt: Belysa dei psykososiale utfordringane deltakarar i arbeidsalder tematiserte under og etter deltaking i ein dialogbasert psykososial intervensjon det første året etter eit hjerneslag.

Metode: Studien var ein moglegheitsstudie. Kvalitative data frå dybdeintervjuer.

Intervensjonen var planlagt å bestå av åtta to timars dialogbaserte møter i ein periode på seks månader. Møta fokusert på dei psykososiale behova under rehabiliteringa.

Forskerfeltnotat og loggnotat vart skreve under intervensjonen og vart analysert ved hjelp av en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming

Utval: Kvalitative data frå dybdeintervju med 14 slagoverlevande i alder 33–66 år.

Resultat: Mange av dei slagamma opplevde psykososiale utfordringar, slik som depresjon og angst etter gjennomgått hjerneslag. Det kjem fram at livet som slagamma i denne alderen vart opplevd som utfordrande og skapte ein trussel for familie- og arbeidslivet. Studien framhev behovet for å forstå dei spesifikke psykososiale utfordringane og behova som pasientar som har gjennomgått eit hjerneslag står ovanfor for å fremma psykososial velvære. I den psykososiale intervensjonen vart det diskutert deltakarane sine eigne behov og utfordringar, som resulterte i dialogar om ein rekke spørsmål knytt til marginalisering i deres liv. Det kom fram viktigheita av at rehabiliteringspersonell er klar over trusselen om marginalisering som oppstår når slagoverlevande i arbeidsalder slit med å møte familie- og arbeidslivet sitt ansvar og forventningar. Ei slik bevisstgjerung kan sannsynlegvis auka helsepersonellens evne til å hjelpe pasientane med å handtera dei psykososiale utfordringane etter eit hjerneslag. Studiet viser at ein individualisert, dialogbasert intervensjon som utfordrar slagamma til å snakka om familie- og arbeidslivet kan vere positivt bidrag til å styrka psykososial velvære. Det viser at mangel på moglegheit til å snakka om erfaringar og utfordringar etter slaget kan trua det psykososiale velvære. Den mest relevante tilnærminga, i følge funna, er å oppmuntra og støtte slagoverlevande si evne til å fortelja om sine erfaringar og nye situasjon.

4.2 Samla analyse av resultatata

Dei fem artiklane kan samlast i fira ulike temaer. Det som går igjen i artiklane er viktigheita av god kartlegging av depresjon i tidleg fase. God informasjon vert lagt fram som ein av dei viktigaste tiltaka for å førebygga depresjon hos slagpasientar. Det er fleire ulike psykososiale tiltak som har vist effekt. Det viser at yngre slagamma verkar som meir sårbare for å falla utanfor oppfølgingsystemet og får fram viktigheita av god oppfølging.

5 DRØFTING

For å svara på problemstillinga «*Korleis kan sjukepleiar bidra med å førebygge depresjon og depressive symptom hos yngre pasientar som har gjennomgått hjerneslag?*» tar eg utgangspunkt i resultatata i frå forskning og faglitteratur.

Oppfølging

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 7-1, §7-2) tilseier at alle innbyggjarar med behov for langsiktig oppfølging skal få ei koordinert teneste vegleda av ein koordinator. Berre ein av deltakarane i Martinsen et al.(2015) sin studie hadde individuell plan, men fleire hadde behov for det. Van Dijk et al.(2018) påpeiker at det er viktig ved positiv kartlegging av depressive symptom å senda pasient vidare til oppfølgingsbehandling. I studia til Vallury et al.(2015) ser det effektivt at sjukepleiarar ser til at pasienten mottar koordinert og nødvendig oppfølging, og at pasienten får den støtta han treng for å forebygga depressive symptom.

Shi et al.(2017) viser at personar under 70 år er meir i risiko for å utvikla depresjon etter eit slag. Kouwenhoven & Kirkevold(2013) begrunn dette med at dei yngre slagpasientane med forplikingar i forhold til arbeid, økonomi, familieliv og barn gjer dei meir utsett. I Martinsen et al.(2013) sin studie kjem det fram at livet som slagamma i arbeidsfør alder vart opplevd som utfordrande og skapte ein trussel for familie- og arbeidslivet, og at mange av dei slagamma opplevde psykososiale utfordringar. Martinsen et al.(2015) påpeiker fram at yngre slagpasientar sleit med å få tilgang til oppfølgingstenester og at behovet for denne kontakten var svært viktig. Det viser at denne gruppa som er ramma av slag framstår meir sårbare for å falle utanfor oppfølgingsystemet(Martinsen et al., 2015). Som studia ovanfor viser må ein som sjukepleiar i det daglege møta med denne pasientgruppa ha kjennskap til kunnskap om dette.

Martinsen et al.(2015) argumentera for at oppfølginga av yngre slagpasientar må vera støttande, vera i tråd med dei langsiktige behova til pasienten, ta omsyn til utfordringar som gjeld spesielt yngre slagamma og må ha eit tett samarbeid med den slagamma.

Watson(2012, s.96) støtter opp under dette og vektlegg eit støttande miljø der ein understøtter dei menneskelege behova i omsorga. Menneskelege behov består av kjærleik, omsorg, aksept og for å bli forstått og verdsett(Watson, 2012, s.77). Alder og livssituasjon må bli tatt med i betraktning når ein tilbyr eit rehabiliteringstilbod. Martinsen et al. (2015) og Vallury et al.(2015) viser at fleksibel oppfølginga har effekt mot depresjon, og at behandlinga bør vere tilpassa kvar enkelt pasient, då nokon har mindreårige heime, andre var studentar og andre jobb. Som sjukepleiar er det viktig at ein tar hensyn til den slagamma sine meiningar og erfaringar og sikrar god individuell oppfølging, og hindrar at dei fell utanfor oppfølgingssystemet.

Kunnskap og kartlegging

I studia til de Man-Van Ginkel et al.(2010), Kouwenhoven & Kirkevold (2013) og Van Dijk et al.(2010) kjem det fram viktigheita av sjukepleiarane si rolle i å gjenkjenna og kartlegga symptom på depresjon. Ut i frå det forskning viser, er det mogleg å argumentera for at sjukepleiarar har for lite kunnskap om symptoma på depresjon(de Man-van Ginkel et al., 2010)(Van Dijk et al., 2010). Dette vert sitt på som utfordrande på grunn av mangel på kunnskap, ferdigheitar og trening meina de Man-van Ginkel et al.(2010), og dette hindra sjukepleiarane å gi pasientane adekvat pleie. Sjølv om det kan vere utfordrande å oppfatta depressive symptom etter hjerneslag, signaliserte pasientane i studien til Kouwenhoven & Kirkevold (2013)at de har behov for støtte og hjelp. I NSF sine yrkesetiske retningslinjer(2019) står det at «1.1 Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap» og «1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.». Dette viser at ein som sjukepleiar har eit ansvar for å holda seg oppdatert innanfor eige fagområde. Leiaren på arbeidsplassen også har eit ansvar her (NSF, 2019). Som studia over viser, dersom ein tileignar seg god kunnskap om dette, vil ein kunne vere med på å gi betre livskvalitet for unge slagpasientar.

Van Dijk et al.(2018) ser på utfordringar med å introdusera anbefalingar om kartlegging og screening når helsepersonell opplev avgrensa kunnskap og ferdigheitar, og

stemningsvurdering ikkje er integrert i dei rutinemessige aktivitetane i hjerneslagpleia. For å unngå at depressive symptom forblir ugjenkjennelege og ubehandla er det utarbeida eit verktøysettet Post-Stroke Depression(PSD-toolkit) som tar sikte på å forbereda tidleg handtering av depressive symptom hos pasientar etter hjerneslag. Dette er noko som vil hjelpa å systematisk kartlegga depresjon hos pasientar som har hatt hjerneslag. Van Dijk et al.(2018) anbefala screening på dag 4 etter hjerneslaget, då tidleg påvising av depresjon etter hjerneslag er viktig for å optimalisera utvinning og pleie av pasientar(Van Dijk et al., 2018). Kartlegging og observasjonar som dette er eigentleg tverrfagleg arbeid, som er viktig å hugsa på, men som skreive i avgrensinga, vil eg berre fokusere på sjukepleie.

Klinedinst et al.(2012) anbefala at sjukepleiarar vurderer risiko for depresjon hos slagpasientar med kartleggingsverktøy, og set i gong tiltak hos dei som er utsett. Shi et al., 2017) legg fram at dersom ein veit kva risikofaktorar for depresjon er, er det lettare å kartlegge dette og forebygge på bakgrunn av det. Risikofaktorar som kjem fram som dei viktigaste er: historie med psykiatriske lidningar, nevroitisme , familiehistorie med psykiske lidningar, alvorlegheitsgrad av hjerneslaget, det kvinnelege kjønn, ein alder yngre 70 år og nivå av handikap. Ei personlighetsvurdering, som ein del av kartleggingstestane, kan då vere nyttig for dei som står i fare for å utvikla depresjon (Shi et al., 2017). Ein ser at yngre slagpasientar er ekstra utsett for å utvikla depresjon etter hjerneslag. Sjukdomsførebygging er viktig for å gripa inn på eit tidleg stadium slik at sjukdom ikkje utviklar seg (Braut & Aarheim, 2020, s. 121). Konsekvens av å ikkje vere oppdatert om dette er at ein kan oversjå viktige symptom, og dermed ikkje iverksett naudsynte tiltak overfor pasienten.

Depressive symptom, slik som t.d. søvnevanskar, manglande matlyst, lite energi, og konsentrasjonsvanskar og ein sorgreaksjon etter slaget ser Kouwenhoven & Kirkevold(2013) er vanskeleg å skilja og at symptomane ofte overlappar. Sorg er ein naturleg psykososial tilpassingsprosess etter betydningsfulle tap, slik som eit slag kan vere. Sorgreaksjonen etter eit gjennomgått hjerneslag blir ein dynamisk prosess då den skal balansera mellom tap og aksept, på den eine sida, og å gjenvinna funksjon på den andre sida (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Når ein skal kartlegga for depressive symptom legg Klinedinst et al.(2012) vekt på at ingen symptom åleine bestem depresjon, og at det er viktig å finna årsaka til symptomane. Både Helsedirektoratet(2020) og Klinedinst et al.(2012) framhev at symptom som fatigue, nedsatt matlyst, søvnforstyringar og nedsatt konsentrasjon kan vere symptom på

depresjon, men er også heilt vanlege symptom på sjølve hjerneslaget. Kouwenhoven & Kirkevold(2013) legg fram at for å få ei best mogleg kartlegging av symptoma på depresjon, bør kartleggingsverktøy supplerast med samtale om korleis den slagamma erfara sine symptom og sin situasjon.

Informasjon og opplæring av pasient og pårørande

Fleire studie(de Man-van Ginkel et al., 2010)(Klinedinst et al., 2012) peikar på kor viktig informasjon er for førebygging av depresjon hos slagpasientar. Kouwenhoven & Kirkevold(2013) framhev kor avhengig den slagamma er av helsepersonell, og korleis ein kan påverka med kva ein seier, kva informasjon ein gir og ikkje gir og kva slags haldningar ein har. Å fremma læring og undervisning er noko Watson også vektlegg som viktig, og er den faktoren som gir pasientar mest kontroll over eiga helse, ettersom det gir dei informasjon og ulike løysningar på utfordringar relatert til sjukdommen (Watson, 2012, s. 96). Kristoffersen et al. (2016, s. 17) viser til sjukepleiarane sine funksjonar, derav undervisning og vegleiing. «Undervisning og veiledning er funksjoner som handler om å bidra til læring, utvikling og mestring» (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). Som sjukepleiar har ein eit ansvar for undervisning og vegleiing retta mot pasient og pårørande. Dette er nedfelt i Helse- og omsorgstenestelova(2011, § 3-6). Denne delen av sjukepleiarfunksjonen er knytt til å møta behovet for kunnskap og forståing som er naudsynt for å ivareta eiga helse (Kristoffersen et al., 2016, s. 19).

Klinedinst et al.(2012) forklarar at depressive symptom som t.d. skyldføling, kjensle av verdiløyse og vanskar med å hugse, ikkje vert gjenkjent av verken pasienten eller pårørande, og vert dermed ikkje rapportert vidare til helsepersonell, som gjer at depresjon vert underdiagnostisert og underbehandla. I studia til Klinedinst et al.(2012) viser det at både pårørande og pasient trong meir kunnskap om symptoma. I studien til de Man-van Ginkel et al.(2010) kjem det fram at aktiv informasjon er det tiltaket som har vist best effekt på alvorligheita av depresjon og førebygging av depresjon hos slagamma. Det er viktig å forsikra seg om at pasient har forstått informasjonen som er gitt, og at ein godt kan gi informasjon fleire gonger for å vera på den sikre sida(de Man-van Ginkel et al.,2010). Ein kan samanlikna aktiv informasjon som læring til pasientar og pårørande(de Man-van Ginkel et al.,2010). Ved å lære meir om hjerneslag kan både pasienten og pårørande bli tryggare og få betre forståing for eigne reaksjonar, som kan vere med på å redusera angst og usikkerheit og gir større

meistringskjensle (LHL Hjerneslag). Watson(2012, s.96) viser at omsorg krev handling der ein fremmar den andre personen si evne til å løysa problem og vakse. Eit sjukepleiarstøtteprogram skal ha god effekt på depressive symptom og går ut på å aktivera pasienten til å forstå og akseptera diganosen og behandling av depresjon(de Man-van Ginkel et al., 2010).

Klinedinst et al.(2012) viser til at ved gode læringsforhold der pasient og pårørande får informasjon både skrifteleg, biletleg og munnleg gir pasient og pårørande eit høgare kunnskapsnivå om symptom på depresjon. Dette kan resultera i at pasient og pårørande kan ta kontakt med helsevesenet dersom nokre av symptoma viser seg, som gjer at ein kan fange opp depressive symptom tidlegare (Klinedinst et al., 2012). Pasient og pårørande bør få informasjon om 1)teikn og symptom på depresjon etter eit hjerneslag, 2)det faktum at fleire symptom må bli undersøkt som ein heilheit, og at eit eller to depressive symptom kan ha andre slagrelaterte årsaka, 3) årsak, konsekvensar og tidslinje av symptoma, og 4) alternativ, tilgjengelegheit og fordelar ved behandling av depresjonen(Klinedinst et al., 2012). Vallury et al. (2015) bygger opp under viktigheita av opplæring av pasienten og pårørande, og kjem fram i studien som eit av dei mest effektive tiltaka mot depresjon hos slagpasientar. Det at sjukepleiarane arbeidar aktivt med pasient og pårørande for å opparbeida ferdigheitar som vert krevd for å meistra den nye tilvære etter slaget har vist seg som svært effektivt (Vallury et al., 2015). Dette krev å inkludera målsettingar, problemløysningsaktivitetar og øving på praktiske ferdigheitar (Vallury et al., 2015). Ut i frå egne opplevingar frå praksis ser eg viktigheita av tiltak som inkluderer familie. I ein slik lærings situasjon kan pasient og pårørande få vegleiing for å finna meistringsstrategiar for å kunna leva eit sjølvstendig liv, og å meistra dei kjenslene som kan oppstå rundt den nye tilværelsen. I Martinsen et al.(2013) sin studie kjem det fram at nokon familiar i studien ikkje kommuniserte om korleis deres livssituasjon vart påverka då eit familiemedlem fekk eit hjerneslag, noko som førte til brutte relasjonar eller konflikhtar. Her kan sjukepleiaren veileia familien og pasient til å finna ei felles forståing for situasjonen. Som studia over viser, er informasjon om både sjølv hjerneslaget, konsekvensar av dette og om depresjon etter hjerneslag vere viktig å gi til pasient og pårørande for å minska sannsynet for depressive symptom og alvorleg depresjon.

Psykososiale tiltak

Det å vere ute av stand til å støtta barn og familie har vist seg å vere ei utfordring som påverkar psykososialt velvære, legg Martinsen et al.(2015) fram i sin studie. Det å tilby psykososial støtte kan forhindra vanlege utfordringar, som angst, depresjon og sosial isolasjon legg Martinsen et al.(2015) til. Martinsen et al.(2013) framhev behovet for å forstå dei spesifikke psykososiale utfordringane og behova som pasientar som har gjennomgått eit hjerneslag står ovanfor for å fremma psykososial velvære. I studia til Martinsen et al.(2013) vert det i den psykososiale intervensjonen diskutert deltakarane sine egne behov og utfordringar, som resulterte i dialogar om ein rekke spørsmål knytt til marginalisering i deres liv. Det kom fram viktigheita av at rehabiliteringspersonell er klar over trusselen om marginalisering som oppstår når slagoverlevande i arbeidsalder slit med å møte familie- og arbeidslivet sitt ansvar og forventningar. Ei slik bevisstgjerung kan sannsynlegvis auka helsepersonellens evne til å hjelpe pasientane med å handtera dei psykososiale utfordringane etter eit hjerneslag(Martinsen et al.,2013).

Martinsen et al.(2013) peiker på at den dialogbasert intervensjon som utfordrar slaggramma til å snakka om familie- og arbeidslivet som kan vere positivt for å styrka psykososial velvære. Dette er noko de Man-van Ginkel et al(2010) støtter opp under ved eit tiltak som heiter livsgjennomgang-terapi, som går ut på at pasienten snakkar om barndom, oppvekst, familie og heimesituasjon. Dette har vist effekt på alvorleggheta av depresjon (de Man-van Ginkel et al.,2010). Etter egne erfaringar er det ikkje alle pasientar som er interessert i å snakka om barndom, oppvekst og familie, då ein kan ha traume eller vonde kjensler om dette temaet. Det er viktig å vurdere kva pasienten kan ha nytte av, lytta til pasienten sine behov for å bearbeida kjensler og opplevingar frå før slaget inntraff.

Mangel på moglegheit til å snakka om erfaringar og utfordringar etter slaget kan trua den psykososiale velværa, kjem det fram i Martinsen et al.(2013) sin studie. Det vert framheva i same studie at den mest relevante tilnærminga til dette er å oppmuntra og støtta slagoverlevande si evne til å fortelja om sine erfaringar og sin nye situasjon(Martinsen et al.,2013). Dette støtter Martinsen et al.(2015), som viser til at psykososiale tiltak kan vere til hjelp for å tilpasse den nye situasjonen, og kan forhindra utfordringar som angst, depresjon og sosial isolasjon. Watson (2012, s.87-89) seier at å kunne gje uttrykk for positive og negative kjensler og fremming av å akseptere dette er relevant. Underliggende kjensler kan forårsaka

ulike handlingsmønster eller tiltaksløshet hos pasienten. Dette er noko som er viktig i det førebyggjande arbeidet mot depresjon. Sjukepleiar må vere bevisst på forståing av kjenslene til pasienten kan bidra til at ein forstår tankane og handlingane dei forårsakar, som er viktig for å kunne tolka korleis pasienten har det(Watson, 2012, s.87-89).

Motiverande intervju er eit tiltak som de Man-van Ginkel et al(2010) viser skal ha god effekt på tall deprimerte pasientar som har hatt hjerneslag. I slike intervju vart det diskutert dilemma, ambivalens og ein motiverte pasienten til å koma med eigne løysningar, slik at ein fremma optimismen og meistring(de Man-van Ginkel et al.,2010). «Motiverende intervju (MI), også kalt motiverande samtale, er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Målet er konstruktive samtaler hvor personen får mulighet til «å overtale seg selv» til å bestemme at endring skal skje, og så tenke ut hvordan han best kan få det til.» (Helsedirektoratet, 2017). Cheng et al. (2015) støtter opp under dette og viser at det ser ut som at pasientar som får motiverande intervju har større sannsynleg for å ha eit normalt humør enn dei som får vanleg omsorg, men at dette er enda ikkje tilstrekkeleg bevis for. Pasienten kan saman med sjukepleiaren på denne måten jobbe mot ei endring av opplevinga av sjukdommen.

Sjukepleiefagleg refleksjonar- betydning av nærvær

Verdisystemet til Watson er forbundet med ei djup respekt for livets under og mysterier, ein anerkjenning av livets spirituelle dimensjon og omsorgsprosessen si indre kraft og med vekst og forandring. Hensyn til den enkelte sitt liv, autonomi og valfriheit er viktige verdiar(Watson, 2012, s.51). Personen si subjektive oppleving av sin indre verden har stor betydning. Watson(2012, s.95-96) vektlegg at omsorg krev handling der ein fremmer den andre personen si evne til å løyse problem og vokse. Sjukepleiefaget er bygd på humanistisk-altruistiske verdiar er retta mot eit ønske om å hjelpa, utan å forventast noko tilbake (Foss, 2009)(Watson, 2012, s.96). Det å visa sensitivitet ovanfor seg sjølv og andre er viktig for å vera i stand til å møte pasienten på kjensleplanet, for å forstå pasienten sitt kjensleliv. Dette gir sjukepleiaren meir truverdighet og bidrar til at både sjukepleiar og pasient får auka kunnskap, styrke og betre forhold(Watson, 2012, s.82-88). Ein kan sei at Watson peiker på ei her og no møte med pasient og sjukepleiar. Som sjukepleiar må ein vere tilstade i møte med pasient, også i det lange perspektiv. Rehabilitering med ein slagpasient går over lang tid, og ein har eit mål lang framme om å bli betre. Det er viktig å ikkje berre ha fokus på målet der framme og

gløyme det betydningsfulle møte på vegen. Som Watson(2012) beskriv, er det viktig å møte pasienten på kjensleplanet. Det å kartlegge, observera, informera og undervisa er tiltak som ikkje er moglege å gjennomføra dersom ein ikkje møter pasienten der han er og forstår betydninga av nærværet.

Målet til sjukepleie er å hjelpa personar med å oppnå ei større harmoni i sinn, kropp og sjel. Ein skal hjelpe den enkelte med å finna meining i sin eksistens, i disharmoni, liding og kaos og med å fremma sjølvkontroll, val og sjølvbestemming(Watson, 2012, s.67). Watson argumenterer for ei systematisk bruk av vitskapelege problemløysande metodar for å kunne vise omsorg og ta val og viser at sjukepleie er ein humanistisk og interpersonleg prosess som foreinar humanistiske verdiar og vitskapeleg kunnskap og metode(Watson, 2012, s.97).

Avslutning

Personar under 70 år større risiko for å utvikla depresjon etter eit hjerneslag. Det kjem fram viktigheita av god oppfølging for spesielt denne gruppa, då det ser ut til at denne gruppa har ein tendens til å falle utanfor oppfølgingsystemet. Tiltak og kartlegging tidleg for yngre slagpasientar er då spesielt viktig. Fleire av tiltaka som kjem fram i teorien til Watson er tiltak ein ser går igjen i studia eg har lagt fram, slik som læring, psykososial støtte og å hjelpa pasienten til å finne meistring i situasjonen. Konsekvensar for utøving av sjukepleie er:

- Kartlegge tidleg og sette i gong tiltak ved positiv kartlegging eller ved risikofaktorar
- Gi god aktiv informasjon, gjerne fleire gonger
- Gi opplæring til pasient og pårørande i gode læringsforhold, både munnleg og skriftleg
- Psykososiale tiltak
- Sikre god og tilpassa oppfølging
- Forstå betydninga av nærvær, og gode møte mellom pasient og sjukepleiar

Sjølv om det har komt fram fleire gode tiltak i denne oppgåva, viser forskning at dette er eit tema det er behov for å forskast meir på og settast meir fokus på i åra som kjem.

REFERANSELISTE

- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (ss. 322-343). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjerke, M. L. (2018, mars 6). Unge slagrammede er ekstra sårbare. LHL- hjerneslag. Henta februar 8, 2022 frå <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/aktuelt/ung-og-rammet-av-hjerneslag/>
- Braut, G., & Larsen, Ø. (2018, desember 21). forebyggende medisin. Henta mars 22, 2022 frå https://sml.snl.no/forebyggende_medisin
- Braut, G., & Aarheim, K. (2020). *Det norske helsesystemet- Ei innføring i organisering, styring og politikk*. Oslo: Samlaget.
- Cheng, D., Qu, Z., Huang, J., Xiao, Y., Luo, H., & Wang, J. (2015, Juni 3). Motivational interviewing for improving recovery after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011398.pub2>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal.
- de Man-van Ginkel, J., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., & Hafsteinsdottir, T. B. (2010, desember 19). A systematic review of therapeutic interventions for poststrokedepression and the role of nurses. *Journal of clinical nursing*. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2018, oktober 29). Kva er forskningsetikk? Henta mars 7, 2022 frå <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/kva-er-forskningsetikk/>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). (2021, desember 12). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora. Henta mars 17, 2022 frå <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Folkehelseloven(2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskningsetikkloven(2017) *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*(LOV-2017-04-28-23). Lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Foss, B. (2009, mars 10). Faglige verdier som grunnlag for ledelse. Henta mars 28, 2022 frå 10.4220/sykepleiens.2004.0027
- Guo, J., Wang, J., Sun, W., & Liu, X. (2021, mai 30). The advances of post-stroke depression: 2021 update. *Journal of Neurology*, 1-14. Henta mars 5, 2022 frå <https://link-springer-com.galanga.hvl.no/article/10.1007/s00415-021-10597-4>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_7

- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). Sjekklistor. Henta februar 25, 2022 frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2017, mars 7). Motiverende intervju som metode. Henta 10 11, 2021 frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
- Helsedirektoratet. (2020, april 27). Rehabilitering etter hjerneslag. Henta februar 8, 2022 frå <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>
- Helseforskningsloven(2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*(LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Klinedinst, N., Dunbar, S. B., & Clark, P. C. (2012, april). Stroke survivor and informal caregiver perceptions of poststroke depressive symptoms. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 44(2), 72. doi:10.1097/JNN.0b013e3182477944
- Kouwenhoven, S. E., & Kirkevold, M. (2013, desember 13). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien*. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0134
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleie- fag og funksjon* (ss. 16-27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- LHL Hjerneslag. (u.d.). Hjerneslag – hva nå? Henta mars 25, 2022 frå <https://www.lhl.no/globalassets/lhl-hjerneslag/hjerneslag-hva-na.pdf>
- LHL. (2015, oktober 28). Konsekvenser av hjerneslag. Henta mars 15, 2022 frå <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/fakta-om-hjerneslag/konsekvenser-av-hjerneslag/>
- Løvhøiden, I., & Welhaven, I. (2015, oktober 29). Psykiske utfordringer etter hjerneslag. LHL. Henta mars 13, 2022 frå <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/livet-etter/psykiske-utfordringer-etter-hjerneslag/>
- Martinsen, R., Kirkevold, M., & Sveen, U. (2015, februar). Young and Midlife Stroke Survivors' Experiences With the Health Services and Long-Term Follow-Up Needs. *Journal of Neuroscience Nursing*, 47(1), 27-35. doi:10.1097/JNN.0000000000000107
- Martinsen, R., Kirkevold, M., Bronken, B. A., & Kvigne, K. (2013, september 25). Work-aged stroke survivors' psychosocial challenges narrated during and after participating in a dialogue-based psychosocial intervention: a feasibility study. *BMC Nursing*, 12(1), 1-10. Henta februar 2022 frå <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-12-22>
- Mathisen, T. S., Bjerke, M. L., & Skar, T. (2021, mars 24). Hjerneslag. LHL. Henta februar 10, 2022 frå https://www.lhl.no/hjerneslag/hjerneslag/?gclid=Cj0KCQiAjJOQBhCkARIsAEKMtO2oH9OsLlo4KhhgHG_od9jaY2FAStpWsVr2HdftAAa0a4AgxWuWbzzcaAuBrEALw_wcB

- Mikkelsen, S. (2005, mars 16). Hva er forebygging? Henta mars 13, 2022 frå <https://www.forebygging.no/artikler/2007-1998/hva-er-forebygging/>
- Nasjonalt sekretariat for Norsk hjerneslagregister. (2021, juni 15). HJERNESLAG I NORGE 2020- Rapport for pasienter og pårørende. Henta februar 10, 2022 frå https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-06/Rapport%20for%20pasienter%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rende_Norsk%20hjerneslagregister%20%C3%A5rsrapport%202020%20vedlegg.pdf
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Henta februar 8, 2022 frå <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Shi, Y., Yang, D., Zeng, Y., & Wen, W. (2017, juli 11). Risk Factors for Post-stroke Depression: A Meta-analysis. *Frontiers in aging neuroscience*, 9, 218. doi:10.3389/fnagi.2017.00218
- Skårderud, F., Haugsgjerde, S., & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken, sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- UIA. (2022, januar). MeSH på norsk - begreper innen medisin og helsefag. Henta februar 14, 2022 frå <https://mesh.uia.no/>
- Vallury, K. D., Jones, M., & Gray, R. (2015, desember 22). Do family-oriented interventions reduce poststroke depression? A systematic review and recommendations for practice. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 22(6), 453-459. doi:10.1179/1074935715Z.00000000061
- Van Dijk, M. J., Hafsteinsdóttir, T. B., Schuurmans, M. J., & de Man-van Ginke, J. M. (2018, juli 17). Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital. *Journal of Advance Nursing*, 74(12), 2882-2893 doi:<https://doi.org/10.1111/jan.13806>
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science- A Theory of Nursing* (Second Edition). Jones & Bartlett Learning.

Vedlegg 1: Oversikt over forskningsartiklar i tabell

<u>Artikkel</u>	<u>Hensikt</u>	<u>Metode og datasamling</u>	<u>Utval</u>	<u>Resultat</u>
<i>“Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital”</i> . Van Dijk, Hafteinsdóttir, Schuurmans & de Man-van Ginke(2018).	Utforska gjennomførbarheiten av verktøysett og kartleggingsverktøy når det gjeld aksept i dagleg sjukepleiepraksis.	Blanda kvalitativ og kvantitativ metode. Pasientjournaler, gruppeintervju og individuelle intervju.	775 pasientar, 28 sjukepleiarar på hjerneslagavdeling	Akseptabiliteten til verktøysettet vart vurdert til å vera god. Verktøysettet for depresjon etter slag vart funnet å vere gjennomførbart når det gjeld truskap og akseptabilitet og forbetra strukturell screening for depressive symptom samt anvending av sjukepleiartiltak i tilfelle positiv screening.
<i>“Stroke survivor and informal caregiver perceptions of post-stroke depressive symptoms”</i> av Klinedinst, Dunbar & Clark (2012)	Å fastslå pasient og pårørande si kjennskap til depressive symptom, korleis ein gjenkjenn depressive symptom etter hjerneslag, og deres oppfatning av symptoma som vart gjenkjent.	Kvantitativ tverrsnittstudie. Intervju av pasient og pårørande individuelt. Bruk av fleire avkrysnings- og spørreskjemaer	44 pasientar og 1 pårørande til kvar pasient. Frå 7 ulike sjukehus.	Pårørande og pasient hadde moderat kunnskap om depressive symptom. Pårørande og pasient har noko ulike oppfatningar. Sjukepleiarar har ein unik moglegheit til å utdanna slagoverlevande og pårørande om depressive symptom etter slag, behandling og viktigheita av å diskutera dette hos helsepersonell.
<i>“A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses”</i> av de Man-van Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman & Hasteinddottir(2010)	Utforska sjukepleierolla i behandling av depresjon etter hjerneslag og identifisera effektive ikkje-farmakologisk intervensjonar.	Systematisk oversiktsartikkel. Systematisk gjennomgang ved Cochrane-metoden.	15 artiklar og ein systematisk oversikt vart identifisert.	Informasjonstilbodet viser god effekt og reduserer alvorlighetsgraden av depresjon. Andre tiltak var livsgjennomgangs-terapi, motiverande intervju, eit sjukepleiarstøtteprogram og fysisk trening.
<i>“Young and Midlife Stroke Survivors’ Experiences With the Health Services and Long-Term Follow-Up Needs”</i> Martinsen, Kirkevold & Sveen(2015)	Målet med denne kvalitative studien var å utforska unge og midtlivsslagoverlevande erfaringar med helsetenester og å identifisere langsiktige oppfølgingsbehov.	Denne kvalitative studien brukte ein hermeneutisk fenomenologisk tilnærming.	Seksten deltakarar frå to kull var djubdeintervjua. 11 menn og 5 kvinner, alle mellom 21 og 67 år.	Deltakarane sleit med å få tilgang til oppfølgingshelsetenester. Unge og midtlivsslag overlevande framstå som sårbare for å falle utanfor oppfølgingssystemet. For å anse det som støttande må oppfølgingsprogramma vera i tråd med deres langsiktige behov, ta omsyn til deres spesielle utfordringar som unge, og må planleggast i nært samarbeid med den enkelte pasient. Å sikra systematiske og oppfølgande helsetenester tilpassa den enkelte, spelar kunnskapsrike og engasjerte helsepersonell ei viktig rolla.

<p><i>“Work-aged stroke survivors’ psychosocial challenges narrated during and after participating in a dialogue-based psychosocial intervention: a feasibility study”.</i></p> <p>Martinsen, Kirkevold, Bronken & Kvigne (2013).</p>	<p>Belysa dei psykososiale utfordringane deltakarar i arbeidsalder tematiserte under og etter deltaking i ein dialogbasert psykososial intervensjon det første året etter eit hjerneslag.</p>	<p>Kvalitative data frå dybdeintervju og vart analysert ved hjelp av en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming</p>	<p>Kvalitative data frå dybdeintervju med 14 slagoverlevande i alder 33–66 år.</p>	<p>Hjerneslaget og konsekvensar frå dette hadde ein betydeleg innvending på familie- og arbeidsliv. Trusselen om å bli marginalisert i familielivet og arbeidslivet blei framheva. Studien framhev behovet for å forstå dei spesifikke psykososiale utfordringane og behova som pasientar med hjerneslag står overfor for å fremma deres psykososiale velvære.</p>
---	---	--	--	--

Vedlegg 2: Sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av: *Work-aged stroke survivors’ psychosocial challenges narrated during and after participating in a dialogue-based psychosocial intervention: a feasibility study*

Martinsen, R., Kirkevold, M., Bronken, B. A., & Kvigne, K. (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), 1-10.

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar: Belysa dei psykososiale utfordringane deltakarar i arbeidsalder tematiserte under og etter deltaking i ein dialogbasert psykososial intervensjon det første året etter eit hjerneslag.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar: Studien har som mål å forstå og belysa erfaringar og opplevingar.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar: Det overordna målet med intervensjonen var å fremma psykososial velvære. Intervensjonen var planlagt å bestå av åtte ein til to timers dialogbaserte møter over ein seks måneders period. Kvalitativ metode er då mest hensiktsmessig.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel 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, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar: Norsktalende slagoverlevande over 18 år blei rekruttert til å delta i intervensjonen av ein utpekt sjukepleiar under sykehusinnleggelse eller av heimetenensten. Dei blei invitert til å delta i intervensjonen dersom dei hadde fått slag i løpet av dei siste åtte vekene, var medisinsk stabile, blei dømt til å ha tilstrekkelig kognitiv funksjon og å dra nytte av intervensjonen av legen. Ein tale- og språkterapeut bisto med rekruttering av personar med moderat til alvorleg afasi. Muntleg og skriftleg informasjon blei justert språklig, og samtykke ble innhenta.

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

Ja – Nei – Uklart

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? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel 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 (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar: Bakgrunnsinformasjon, bestående av demografiske data og medisinsk informasjon, blei samla inn av rekrutteringspersonellet. Under intervensjonen skreiv helsearbeidarane som utførte intervensjonen loggnota etter kvart møte med å merka seg temaene som blei tatt opp i møta, spesifikke reaksjonar under møta, om andre deltakarar var til stede og helsearbeidernes egne refleksjonar. Intervjua blei filma og forskerane skreiv refleksjonsnotat etter intervjua.

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

Ja – Nei – Uklart

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?

Kommentar: Dette er ikkje noko som kjem fram etter det eg les.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

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 for eksempel 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?

Kommentar: Etisk godkjenning er innhentet fra Regional medical ethics committee og Social Science Data Service i Norge. Alle deltakerne ga skriftlig, informert samtykke før dei ble registrert i intervensjonen

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

Ja – Nei – Uklart

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, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel 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?

Kommentar: Analysen ble utført ved bruk av ein hermeneutisk fenomenologisk tilnærming og besto av tre trinn. I løpet av det første analytiske trinnet ble dei innspilte og transkriberte intervjuene lest nøye som heilhet for å få eit innleiande og helhetlig inntrykk av deltakarane sine erfaringar. Under strukturanalysen blei fortellingane delt inn i meningsenheter, kondensert i detaljerte undertemaer relatert til familie og arbeid for å utforska betydningen av teksten ytterligare og for å validere eller ugyldiggjøre det første inntrykket. Til slutt, i løpet av det tredje analytiske trinnet, oppsummerte og reflekterte dei over dei induktivt avledede subtemaer for å utvikle ein omfattande forståelse av opplevelsen av å være en arbeidsalders-slagoverlever.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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 (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar: Hjerneslag blei opplevd å ha ein betydeleg innvirkning på familie- og arbeidslivet. Trusselen om å bli marginalisert i familielivet og trusselen om å bli marginalisert i arbeidslivet ummariserte dei arbeidsføre slagoverlevernes erfaringer i løpet av de første seks månedene etter hjerneslag

Del 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 fenomenen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel 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?

Kommentar: Studien understreker behovet for å forstå opplevelsen av å bli marginalisert for å fremme arbeidslivets slagoverleveres psykososiale velvære. Det er behov for meir forskning på konkrete livsløpsutfordringer blant arbeidende slagoverleverere for å videreutvikle hensiktsmessige intervensjoner som tar opp dette problemet.