

BACHELOROPPGÅVE

Depresjon etter hjerneslag

Korleis kan vernepleiaren sin kompetanse bidra til å gjere kvardagen til pasientar ramma av depresjon etter hjerneslag betre?

Av

Kandidatnummer: 21
Birte Stenehjem

Post-stroke depression

Vernepleie

BSV5-300- Bacheloroppgåve

Mai, 2016

Antall ord: 8705

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Skriv inn tittel) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

21 Birte Stenehjem

JA X NEI__

Innhald

1.0 Innleiing	2
1.1 Bakgrunn for val av tema	3
1.2 Føremål og avgrensing av oppgåva	3
1.3 Problemstilling.....	4
1.4 Val av metode	4
1.5 Oppgåva si oppbygging	4
2.0 Metode.....	4
2.1 Litteraturstudie.....	5
2.2 Litteratursøk.....	5
2.3 Kjeldekritikk.....	6
3.0 Presentasjon av hovudkjeldene og kjeldekritikk av dei	7
3.1 Artikkel 1: Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke (Huang et al., 2010)	7
3.2 Artikkel 2: A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses (Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman, & Hafsteinsdottir, 2010)	8
3.3 Artikkel 3: Å leve med depresjon etter hjerneslag (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). ..	9
3.4 Artikkel 4: Depressive symptomter etter hjerneslag (Kouwenhoven & Kirkevold, 2014)... ..	9
4.0 Teori	10
4.1 Hjerneslag	10
4.2 Depresjon.....	12
4.3 Depresjon i etterkant av hjerneslag	14
4.4 Vernepleiaren sin kompetanse.....	14
5.0 Drøfting	17
5.1 Kvifor blir mange deprimerte etter hjerneslag?.....	17
5.2 Kva behandlingmetodar/intervensjonar er satt i verk for dette?	19
5.3 Korleis ser prognosen til dei som er ramma av depresjon etter hjerneslag ut?	22
6.0 Avslutning	23
7.0 Litteraturliste	25
Vedlegg 1	

1.0 Innleiing

Hjerneslag blir av Verdens helseorganisasjon (WHO) definert som: «en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død». (WHO ref. på slag.no, 2012).

I 2010 blei 33 millionar menneske på verdbasis ramma av hjerneslag, 16,9 millionar av desse for første gong (American Stroke Association, 2015). I 2012 var det 6,7 millionar menneske i verden som døde av hjerneslag (World Health Organization, 2015). I Noreg var det i 2014 registrert 8409 pasientar med hjerneslag (Norsk hjerneslagregister, 2014). På Norsk Helseinformatikk sine sider, går det fram at det årleg er om lag 15 000 tilfelle av hjerneslag. Av desse vil 11 000 vere ramma av slag for første gong, medan 4000 også er ramma av slag tidlegare. I Noreg lever det om lag 60 000 personar som har hatt hjerneslag, og rundt 2/3 av desse lid av ein funksjonssvikt på grunn av slaget. I Noreg dør 5500 personar av hjerneslag årleg, som er 12% av alle dødsfall, noko som gjer at hjerneslag er den tredje mest vanlege dødsårsaka i Noreg (Norsk Helseinformatikk, 2015). Hjerneslag er den vanlegaste årsaka til funksjonshemming (Frich & Russel, 2007, s.6).

Depresjon er ein vanleg emosjonell sjukdom. 350 millionar menneske er ramma av det på verdbasis (World Health Organization, 2016). Depresjon i etterkant av hjerneslag er eit utbreidd og alvorleg fenomen, men blir ofte oversett i praksis (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s.334). Dette oppstår hjå 20-40% av slagpasientane (Fure, 2007, s. 121). Ved norske slageiningar er det blitt opparbeida stor kompetanse innan diagnostikk av motoriske, sensoriske og kognitive utfall, men det er lite fokus på dei emosjonelle symptoma, noko som gjer at desse er blant dei mest oversedde utfalla ved slagsjukdom (Fure, 2007, s. 121). Det er dette eg vil sjå nærare på i mi bacheloroppgåve.

Som vernepleiar kan ein jobbe innan mange fagområder, sidan ein har både helsefagkompetanse og sosialfagkompetanse. Ein har kunnskap innan både samfunnsvitskaplige og juridiske emne, psykologiske og pedagogiske emne, helsefaglige emne, miljøarbeid og habiliterings- og rehabiliteringsarbeid (Fellesorganisasjonen, 2013). Dette medfører at vernepleiaren har kompetanse til å arbeide med menneske ramma av depresjon etter hjerneslag.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Temaet for denne oppgåva er depresjon i etterkant av hjerneslag. Eg har valt å fokusere på dette fordi helsefag, psykologi og psykiatri har interessert meg mest i løpet av vernepleiestudiet. I tillegg har eg opplevd tilfelle av dette i nærstående familie. Sistnemnte medførte at val av tema vart definitivt.

Depresjon kan oppstå i etterkant av mange sjukdommar. Oppgåva er avgrensa til depresjon i etterkant av hjerneslag. Som nemnt i punkt 1.0, er 60 000 personar i Noreg ramma av hjerneslag, og kring 20-40% av desse lid av depresjon i etterkant. Temaet er difor dagsaktuelt.

Det er fascinerande korleis ulike komplikasjonar forskjellige stader i hjernen gir konsekvensar på ulike kroppsfunksjonar. Eg er interessert i å finne ut kva ein kan gjere for å førebyggje og behandle depresjon i etterkant av hjerneslag. Temaet er valt ut frå ei personleg interesse om å lære meir om dette. Hensikta med oppgåva er å få fram korleis ein som vernepleiar kan arbeide med pasientar ramma av depresjon etter hjerneslag.

1.2 Føremål og avgrensing av oppgåva

Det faglege føremålet med oppgåva er å finne ut meir om hjerneslag, kva som er grunnen til at depresjon ofte oppstår i etterkant av hjerneslag, og kva ein vernepleiar kan gjere for pasientar ramma av dette. I hovudsak blir då føremålet å utvide forståinga for depresjon i etterkant av hjerneslag, og belyse kva tiltak som kan setjast i gang ved slike tilfelle. Fokuset vil vere korleis ein vernepleiar kan nytte sin kompetanse for å bidra til ein betre kvardag for menneske ramma av dette.

Oppgåva vert avgrensa til å ta utgangspunkt i slagpasientar som har problem med bevegelse og følelsar i ulike kroppsdelar. Oppgåva vurderer ikkje pasientar ramma av afasi (språk og kommunikasjonsvanskar). Bakgrunnen for avgrensinga er at det er vanskelegare å skjønne om ein person som har afasi lid av depresjon, sett opp mot ein person som klarar å kommunisere med språket. Det er flest eldre menneske som blir ramma av hjerneslag, medan 2-3% av alle slagtilfella rammar dei under 45 år (Kerty,2007, s.7). Eg kjem til å avgrensa oppgåva mi til å handle om eldre pasientar, då i hovudsak pasientar over 60 år. Med pasientar meiner eg då personar som mottar tenester frå helsepersonell.

1.3 Problemstilling

Eg vil fokusere på korleis eg som vernepleiar kan jobbe i miljøet for å behandle depresjon i rehabiliteringsfasen i etterkant av hjerneslag.

Problemstillinga mi er: «Korleis kan vernepleiaren sin kompetanse bidra til å gjere kvardagen til pasientar ramma av depresjon etter hjerneslag betre?».

Eg skal drøfte nokre underspørsmål i diskusjonsdelen. Underspørsmåla mine er «Kvifor blir mange deprimerte etter hjerneslag?». «Kva behandlingsmetodar/intervensjonar er satt i verk for dette?» «Korleis ser prognosen til dei som er ramma av depresjon etter hjerneslag ut?».

1.4 Val av metode

Framgangsmåten eg har valt å nytte er litteraturstudie. Det vil seie at eg brukar data frå andre si forskning i oppgåva mi. Metoden vert utdjupa i metodedelen.

1.5 Oppgåva si oppbygging

Eg kjem til å disponere oppgåva ved å først skrive ein metodedel, der eg forklarar framgangsmåten min. Deretter kjem ein presentasjon av artiklane eg skal nytte i oppgåva og kjeldekritikk av desse. Etter dette kjem ein teoridel der eg forklarar dei sentrale teoretiske omgrepa i oppgåva; hjerneslag, depresjon, depresjon i etterkant av hjerneslag, og til slutt teori om vernepleiaren sin kompetanse. Deretter kjem diskusjonsdelen, der eg diskuterer underspørsmåla mine utifrå artiklane og teorien, for å belyse problemstillinga mi. Her kjem eg til å vurdere kva ulike artiklar har komme fram til, og sjå på dette i forhold til teorien. Eg skal òg få fram vernepleiaren sin kompetanse, og korleis denne kan nyttast med pasientar ramma av depresjon i etterkant av hjerneslag. Til slutt kjem avslutning og litteraturliste.

2.0 Metode

Metode er den måten innsamling av data føregår på (Rienecker & Jørgensen, ref. i Støren, 2013, s.37). Det omhandlar korleis data blir kategorisert, analysert og tolka. Metode er altså det reiskapet ein nyttar for å undersøkje noko (Dalland, 2013,s.112). Framgangsmåten eg vel å nytte i min bachelor er litteraturstudie.

2.1 Litteraturstudie

I ein litteraturstudie studerer ein andre forfattarar sin empiri, altså andre forfattarar sin forskning (Støren, 2013, s.16). Det er slik eg vil gå fram for å svare på problemstillinga. Dette fordi faktakunnskap om anatomi gjer det enklare å skrive om korleis eit hjerneslag oppstår, og kva som skjer med kroppen.

I tillegg gir det meir handfast informasjon ved å lese om forskning på hjerneslag og depresjon, enn å intervjuje personar angående dette. Ved å hente teori om vernepleiaren sin kompetanse og korleis den kan nyttast i arbeid med pasientar ramma av depresjon etter hjerneslag, er litteraturstudie den beste måten å svare på problemstillinga. Det kan bli vanskeleg å finne mykje forskning på den konkrete problemstillinga, men det hadde òg vore vanskeleg å finne personar å intervjuje angående dette. I ein litteraturstudie er vurderingane av dei skriftlege kjeldene (kjeldekritikk) det metodiske reiskapet (Dalland, 2013, s. 223).

Oppgåva si problemstilling og dei tre underspørsmåla vil bli svara på ved å nytte utvalde artiklar.

2.2 Litteratursøk

Eg har søkt mykje i databasane; Google Scholar, Oria og i Cinahl om temaet mitt. Eg har nytta søkeord som; depresjon, hjerneslag, rehabilitering og livskvalitet. I tillegg har eg nytta engelske ord som stroke, depression og poststroke depression, rehabilitation, quality of life og nursing care. Søkjeorda er nytta åleine og saman.

På Oria fann eg to artiklar frå sykepleien.no, som eg skal nytte; «*Depressive symptomter etter hjerneslag*» og «*Å leve med depresjon etter hjerneslag*», begge desse artiklane er skrivne av Siren E. Kouwenhoven og Marit Kirkevold. Desse er relevante for temaet mitt.

Etter søk på Oria, fann eg eit tidsskrift for den norske legeforening: «*Hjerneslag*». Data her ifrå brukar eg både i teoridelen og i drøftingsdelen. Via Oria fann eg òg den fagfelleverderte artikkelen: «*Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke*» av Chiung-Yu Huang, Mei-Chi Hsu, Shin-Pin Hsu, Pei-Ching Cheng, Shu-Fen Lin and Chia-Hui Chuang.

Via Cinahl fann eg ein engelsk artikkel, som eg kjem til å nytte i diskusjonsdelen: «*A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses*». Denne fekk eg greie på gjennom ei av bacheloroppgåvene eg fann på Google Scholar, og nytta framgangsmåten ho hadde nytta i sitt søk for å finne artikkelen.

Den mest sentrale boka eg har nytta i arbeidet mitt er «*Geriatrisk sykepleie*» av Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hysten Ranhoff.

2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er ein metode som blir brukt for å finne ut om ei kjelde er sann. Dette betyr at ein må vurdere og karakterisere dei kjeldene ein nyttar (Dalland & Trygstad, 2013, s.67). I dette underkapittelet skal eg forklare nokre omgrep som eg må tenkje over når eg skal vurdere kjeldene eg har funne, og korleis eg skal vere kjeldekritisk til data eg har funne.

Ved å nytte kjeldekritikk av litteraturen eg har funne, må kritikken sjåast i forhold til problemstillinga mi (Dalland & Trygstad, 2013, s.72). Eg må sjå korleis eg kan nytte dei teoriane og resultatane eg finn til å beskrive problemstillinga eg har valt. Om litteraturen eg har funne er godt oppdatert og dagsaktuell er viktig å vurdere, og om litteraturen er ei sekundærkjelde, må eg vurdere om dette kan ha noko å seie for kvaliteten (Dalland & Trygstad, 2013, s. 73).

For at ein skal vere sikker på at kjelda ein har funne er truverdig kunnskap, må krava om validitet og reliabilitet vere oppfylt (Dalland, s. 52). Reliabilitet er det same som pålitelegheit, og det handlar om at målingar må bli gjort rett, og om det finnes feilmargar så må det kome fram. Validitet betyr relevans og gyldigheit (Dalland, s. 52). Gyldigheit, relevans og haldbarheit er sentrale omgrep når ein utøver kjeldekritikk. Relevans handlar om kva verdi kjelda har i forbindelse med det eg ynskjer å undersøkje, altså om den kan svare på spørsmål eg stiller i oppgåva og korleis den gjer det (Dalland & Trygstad, 2013, s. 74). Gyldigheit og haldbarheit er det same som truverdigheit og ekteheit, og desse seier oss noko om kvaliteten på kjeldene (Dalland & Trygstad, 2013, s. 74). I kjeldekritikk av artiklane blir omgrepa pålitelegheit, gyldigheit og relevans nytta.

3.0 Presentasjon av hovudkjeldene og kjeldekritikk av dei

I dette kapittelet vil eg utdjupe kva hovudkjeldene mine omhandlar, kva hovudfunna er og det blir gjort ein kritisk vurdering av desse. Eg tek for meg ein og ein artikkel, presenterer den, seier litt om hovudfunna i artikkelen, og til slutt kjeldeavurdering. Artiklane omhandlar for det meste korleis sjukepleiarar jobbar i forhold til pasientar.

For å svare på problemstillinga, må eg vinkle artiklane inn på vernepleiaryrket. I teoridelen kjem eg til å greie ut om vernepleiaren sin kompetanse, så tek eg med informasjonen herifrå i diskusjonsdelen, og drøftar dette oppimot artiklane eg har funne.

3.1 Artikkel 1: Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke (Huang et al., 2010)

Artikkelen presenterer ein tverrsnittstudie utført på eit sjukehus i Taiwan. Dette er ein primærstudie, som vil seie at det er ny kunnskap om eit emne som er publisert for første gong (Dalland & Trygstad, s. 78). Bakgrunnen for studien var å undersøkje om det var ein forbinding mellom sosial støtte, depresjon etter hjerneslag og livskvalitet. Ein ville sjå om sosial støtte gav ein indirekte verknad på pasientane. Det var 102 pasientar som deltok i undersøkinga, alle desse med førstegongs iskemisk slag i alderen 32-90 år.

Det er brukt kvantitativ metode i studien. Instrument studien har nytta er Social Support Inventory, CES-D, Barthel Index, Instrumental Activity of Daily Living og Quality of Life Index- Stroke. Resultata er blitt satt opp i oversiktlege skjemaer, der dei har sett variablane opp mot kvarandre. Hovudfunnet av studien er at sosial støtte har stor betydning for depresjon etter hjerneslag og livskvalitet.

Som nemnt ovanfor fann eg denne via Oria, som tok meg vidare til Wiley online library, som er ei kjend side med tverrfaglig kunnskap om liv, helse, naturvitskap, samfunnsvitskap og menneskeheiten. Denne artikkelen er ein del av samlinga «Journal of Clinical Nursing». Forfattarane av artikkelen er professorar, ein nevrolog og nevrologiske sjukepleiarar. Dette er ei primærkjelde, og artikkelen blei publisert 13. februar 2010. Den er såleis relativt ny og dagsaktuell.

Artikkelen er relevant for problemstillinga mi, sidan den får fram kor viktig sosial støtte er i arbeidet med deprimerte slagpasientar, noko som er ein viktig del av arbeidet til vernepleiaren. Studien omfattar 102 pasientar ved eit taiwansk sjukehus, så det er

avgrensingar knytt til generaliseringa av funn. Dette er òg påpeika av forfattarane sjølve. Dei hevdar at kanskje nokre av pasientane såg på intervjuet som ein moglegheit for å få meir støtte for problema sine. Men eg vil framleis påstå at denne artikkelen er gyldig og haldbar, sidan forfattarane har samanlikna sine funn med funn gjort i andre studiar òg, er dei ekte og truverdige. Hadde dei ikkje gjort det, kunne det vore meir tvil, sidan studien er avgrensa til ei snever populasjonsgruppe. Artikkelen er påliteleg, sidan den viser tydeleg kva og korleis måleinstrumenta har blitt nytta. Artikkelen er skriven på engelsk, noko som kan ha ført til feiltolking av innhald.

3.2 Artikkel 2: A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses (Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman, & Hafsteinsdottir, 2010)

Dette er ein systematisk oversiktsartikkel, som vil seie at det den sumerar opp og samanfattar alle relevante studiar (Dalland & Trygstad, s. 79). Sidan artikkelen inneheld tolking av andre sitt arbeid, blir den omtala som sekundærlitteratur. Då nyttar ein data frå primærstudier, og reanalyserar dei (Dalland & Trygstad, s. 79). Men sjølv om artikkelen samanfattar mange andre artiklar, så gjer forfattarane ein eigen analyse av desse. Artikkelen er frå same sida som artikkelen ovanfor, og forfattarane er professorar innan sjukepleie-forskning, psykiatri og nevrologi. Artikkelen er kvantitativ og tek utgangspunkt i femten artiklar og ein systematisk artikkel. Det artikkelen utforskar er kva rolle sjukepleiaren har i arbeid med deprimerte slagpasientar, og kva ikkje- medisinske intervensjonar sjukepleiarar kan nytte i det daglege arbeidet med pasientane. Funn i artikkelen er at livs-gjennomgang terapi, motiverande intervju, eit spesielt sjukepleier-støtte program og fysisk aktivitet er gode intervensjonar i arbeidet med deprimerte slagpasientar.

Denne artikkelen er relevant for problemstillinga mi, men eg må kople den til vernepleiaren i staden for sjukepleiaren. Det som kan vere ei ulempe med denne artikkelen, er at den samanfattar så mange andre artiklar, at kanskje noko grunnleggjande kunnskap frå hovudkjeldene fell bort. Samstundes vil eg påstå at kjelda er gyldig og haldbar sidan ein får stadfesta kunnskapen ved å samanlikne fleire studiar på området. Kjelda er påliteleg sidan dei har gjort ein grundig gjennomgang og målingar av tidlegare forskingsartiklar, og utifrå desse sett kva intervensjonar som går igjen. Dette er ein engelsk artikkel, noko som kan ha innverknad på tolkinga av innhaldet.

3.3 Artikkel 3: Å leve med depresjon etter hjerneslag (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013)

Dette er ein artikkel som nyttar ein kvalitativ metode for å hente informasjon. Studien har eit longitudinelt deskriptivt design, som er at ein følger pasientane i studien over ein lengre periode (Svartdal, 2009). Her samanfattar forfattarane to andre artiklar som allereie er publisert, men det er dei same forfattarane som skriv denne artikkelen. Dermed er denne betre å nytte enn dei tidlegare publiserte artiklane, sidan det er dei same forfattarane, og då får ein dei viktigaste av funna i dei to andre studiane presentert. Dette er likevel primærlitteratur, fordi den handlar om nye teoriar som tek utgangspunkt i allereie publisert forskning (Dalland & Trygstad, s.78), og den tidlegare forskinga er det forfattarane av denne artikkelen som har utført.

Studien er basert på ni intervju av deprimerte slagamma, der dei får fram personlege erfaringar. Det studien kjem fram til er at det er vanskeleg å skilje om depresjon er ein sjukdom i seg sjølv, eller om det er konsekvensane av slaget. Dei nemner og at det blir diskutert om depresjon skjer på grunn av patofysiologiske mekanismar, der fokuset er på sjølve hjerneslaget, plasseringa og omfanget av dette, eller om depresjon kan vere ein psykososial reaksjon på dei store endringane etter slaget. Artikkelen er relevant for problemstillinga mi, fordi det er viktig for vernepleiarar i arbeid med deprimerte slagpasientar å vite korleis den subjektive opplevinga er. Forfattarane er Siren E. Kouwenhoven, som er sjukepleiar og postdoktor ved Oslo universitets sjukehus og førsteamanuensis ved Høgskulen i Buskerud og Vestfold, og Marit Kirkevold, som er professor og avdelingsleiar ved Avdeling for sykepleievitskap ved UiO og professor ved Institut for folkesundhed ved Århus Universitet. Begge to har skriva og utført mykje forskning som ligg på sykepleien.no. Kjelda er påliteleg, det er veldi enkelt å forstå og kunne følgje korleis dei har gått fram i forskingsprosessen og kva målingar dei har gjort. Den er òg gyldig, ein kan stole på funna med utgangspunkt i problemstilling og utvalet dei har forska på. Dette blir underbygd ved at dei no samanfattar to studiar dei har gjort før.

3.4 Artikkel 4: Depressive symptomer etter hjerneslag (Kouwenhoven & Kirkevold, 2014)

Dette er eit essay. Men i følge Dalland og Trygstad (2013, s. 78), går essay under vitskaplege artiklar. Essayet byggjer på eigen forskning og litteratursøk. Her står det ein del om

førebygging og behandling, som er relevant for problemstillinga og underspørsmåla mine. Forfattarane har sett på ulike forskingsartiklar der det kjem fram at evidensen er svak for at medikamentell behandling fungerer, og at psykologiske intervensjonar kan redusere risikoen for å få depresjon etter hjerneslag.

Essayet beskriv ulike perspektiv som blir brukt for å forklare sjukdom. Desse perspektiva er kan vera avgjerande for korleis depresjon etter hjerneslag blir tolka. Problemstillinga i essayet er «Er depresjon etter hjerneslag et uttrykk for sykdom eller sorg?». Den blir drøfta i forhold til dei ulike perspektiva, og kjem fram til at dei gir forskjellige svar, noko som fortel oss kor viktig det er å sjå det frå ulike perspektiv. For depressive symptom etter hjerneslag kan vere avgjerande for korleis det går med den slagamma, og må dermed følgjast opp. Forfattarane nyttar både eiga forskning og litteratursøk for å svare på problemstillinga si, noko som gjer essayet gyldig.

4.0 Teori

I dette underkapittelet skal eg presentere sentrale omgrep som utgjer teoridelen av denne oppgåva.

4.1 Hjerneslag

Hjerneslag er ein av dei mest alvorlege og utbreidde sjukdommane blant gamle, og er ein av dei viktigaste årsakene til sjukdom, funksjonsnedsetting og død. Dette er ein erverva lokal hjerneslake, som oppstår på grunn av for lite blodtilstrøyming til eit område i hjernen, som fører til oksygenmangel og celledød (Kirkevold, 2014, s. 464). Noko som blir kalla ein vaskulær årsak (Slag.no, 2012).

Ein skil mellom to typar hjerneslag: iskemisk og hemorragisk. Andre ord for desse er hjerneinfarkt og hjernebløding. Eg skal ta utgangspunkt i iskemisk hjerneslag, som skil mellom embolisk og trombosisk hjerneslag. Dette utgjer 85-90% av alle tilfelle av hjerneslag (Trygghetsnett, 2016). Ved embolisk hjerneslag er det ein partikkel som har lausna frå for eksempel ei åreforkalka blodåre (embolus), som flyt med blodstraumen til mindre og mindre arteriar, heilt til den blir sitjande fast, og hindrar blodet sin gjennomstrøyming. Dette blir det ein kallar ein vandrande blodpropp. Eit trombosisk hjerneslag skjer ved at det blir danna ein blodpropp i hjernens karter, og fører til slutt til at blodåra der tromben blir danna blir tett. Både hjerneinfarkt og hjernebløding er truleg ein konsekvens av ein underliggjande kronisk

kardiovaskulær sjukdom (Kirkevold, 2014, s. 465). Faktorar som kan gjere ein meir utsatt for å få hjerneslag er høgt blodtrykk, tidlegare gjennomgått slag eller drypp, hjertesjukdom, diabetes type 1 og 2 og aterosklerose (åreforkalking) (Norsk Helseinformatikk, 2015).

Karakteristisk for hjerneslag er at symptoma kjem raskt. 90 % av alle slagpasientar har minst eit av FAST symptoma (Norsk helseinformatikk, 2015). Desse er:

- Facialis-parese (F) – ansiktslamming
- Armparese (A) - lamming i en arm
- Språkforstyrrelse (S) - for eksempel ordleitingsproblem
- Taleforstyrrelse (T) - dysartri, utydelig tale

Hjerneslag kan ramme forskjellige delar av hjernen, og det får dermed forskjellig utfall på kva kroppsfunksjonar som blir ramma. Ein person ramma av hjerneslag får motoriske og ofte kognitive funksjonsnedsettingar. Om slaget rammar venstre hjernehalvdel, er vanlege kjenneteikn lamming av kroppens høgreside, at ein er mindre følsam for berøring, smerte og temperatur på høgre side, at personen ofte har problem med å snakke (afasi) og at personen har langsame og forsiktige rørsler. Dersom slaget rammar høgre sida av hjernen, er vanlege utfall venstresidig lamming, mindre følsam for berøring, smerte og temperatur, problem med rom og retning, ofte problem med å oppfatte sanseintrykk frå venstre side og at personen som er ramma ofte handlar litt for raskt og impulsivt (Slag.no, 2012).

Kva symptom pasienten får, er avhengig av kvar i hjernen slaget oppstår, ikkje berre om det er høgresidig eller venstresidig (Kirkevold, 2014, 465). Rammar slaget bakhovudlappen, får pasienten som oftast problem med synet. Om slaget oppstår i isselappen, som er den sensoriske delen av hjernen, kan pasienten ha vanskar med å kjenne dei ulike kroppsdelane sine, og å føle om nokon tar på dei. Dersom hjerneslaget råkar tinninglappen og delar av pannelappen vil språket til pasienten vera svekka. Rammar slaget pannelappen får pasienten problem med bevegelsen (Norsk Helseinformatikk, 2015).

Akutt hjerneslag er ein akuttmedisinsk tilstand, som krev rask innlegging på sjukehus. Dette er naudsynt for å kunne tilby trombolytisk behandling (Indredavik, 2010). Trombolytisk behandling er ein blodoppløysande behandling som må settas i gang få timar (3 til 4 ½ time) etter symptomstart (Slag.no, 2014). Det har vist seg at for å gi best mogleg behandling av hjerneslag, er det viktig med tverrfagleg ekspertrise ved ein eigen slageining. Her er det stor

fokus på akutt behandling og tidleg rehabilitering, som består av mange ulike tiltak som fører til eit bedra behandlingstilbod, samanlikna med andre ikkje- spesialiserte einingar (Kirkevold, 2014, s. 467).

Gamle som gjennomgår eit hjerneslag, er ofte utsatt for å få eit alvorlegare og større hjerneslag enn yngre (Naess mfl. ref. i Kirkevold, 2014, s. 466). Oppatt-treninga vil som oftast gå seinare og vere meir krevjande hjå eldre pasientar, fordi dei ofte lid av andre sjukdommar, aldersknytte funksjonsnedsettingar (syn, hørsel, stivheit og muskelpagar) og har kanskje ikkje like godt sosialt nettverk, i motsetnad til yngre som blir ramma av slag. Sosial støtte er svært viktig.

4.2 Depresjon

Her vil eg forklare om tilstanden depresjon. Sidan oppgåva mi er avgrensa til å handle om eldre, vel eg då å ha fokus på depresjon hjå eldre pasientar. Depresjon hjå eldre er ein alvorleg lidning, og er knytt til auka dødelegheit (Kvaal, 2014). Kjenneteikn ved depresjon hjå eldre kan vere isolasjon, mindre interesse for hobbyar og andre menneske enn før, og dei er ofte grublande og bekymra. Gamle som lid av depresjon har dårleg sjølvbilet, noko som gjer det vanskeleg for dei å vere saman med andre, og dei eldre ramma av depresjon har lett for å isolere seg og bli einsame (Kvaal, 2014, s. 444). Det er mange årsakar til depresjon hjå eldre, blant anna aukar vanlege aldersforandringar i hjernen risikoen for depresjon (Moksnes, 2010, s.455). Andre årsakar kan vere stress, at ein kjær person døyir eller at funksjonsevna blir svekka på grunn av somatiske sjukdommar (Moksnes, 2010, s. 455).

ICD-10 er det klassifikasjonssystemet ein nyttar i Noreg. og her blir depresjonskriteriane beskrive under kapittelet «Affektive lidelser, F32; Depressiv episode» (World Health Organization, 2015). Kjernesymptoma på depresjon er at personen har eit nedsett stemningsleie, manglande interesse og glede, og energitap som igjen fører til trøyttheit og redusert aktivitet. Andre vanlige symptom er redusert konsentrasjon og merksemd, redusert sjølvkjensle og sjølvtilitt, skuldkjensle og mindreverdighetskjensle, triste og pessimistiske tankar om framtida, planar om/utføring av sjølvskading eller sjølv mord, søvnforstyrningar og redusert appetitt. Ein skil mellom mild, moderat og alvorleg depresjon. For at diagnosen mild depresjon skal kunne stillast må minst to av kjernesymptoma vere til stades i tillegg til to av dei andre vanlege symptomta (World Health Organization, 2015). For at diagnosen moderat depresjon skal kunne stillast må minst to av kjernesymptoma og tre (helst fire) av dei andre

symptoma visast. Ved alvorleg depresjon må dei tre kjernesymptoma synast og minst fire av dei andre symptoma. Det finst òg ein type alvorleg depresjon, der personen i tillegg har psykotiske symptom. Då er kriteria dei same som ved alvorleg depresjon, men at ein i tillegg har vrangførestillingar, hallusinasjonar eller stupor (World Health Organization, 2015). Stupor er nedsett reaksjon og bevisstheit, i den grad at ein verken snakkar, rører på seg eller ragerar på omgivnaden meir enn i korte augneblink og ved kraftig stimulering (Jansen, 2016).

Alle symptoma må ikkje visast for å få stilt diagnosen depresjon, men det er naudsynt at fleira av symptoma som nemnt ovanfor er der. Det finst fleire underkategoriar enn dei eg har nemnt no for depresjon, men det blir innan F32 kriteria eg kjem til å halde meg i oppgåva.

Diagnosen depresjon blir stilt av ein lege, men eit tverrfagleg team hjelper til ved å leggje fram data om pasienten, som ein har fått ved samtale med både pasient og pårørande, samt observasjonar av pasienten (Kvaal, 2014, s.443).

Dei to behandlingsformene som har vist seg mest effektive i behandling av depresjon er psykoterapi og medikamentell behandling (Kvaal, 2014, s. 444). Det fins fleire former for psykoterapi, men det som er vektlagt i ein slik type behandling, er at det er samtalen som blir brukt som terapeutisk prinsipp (Malt, 2016). Dei mest vanlege psykoterapeutiske behandlingsformene av depresjon hjå eldre er kognitiv åtferdssterapi, intrapersonleg terapi og minnearbeid. Fysisk aktivitet har vist seg å ha positiv effekt òg, ved at det gir pasientane ei oppleving av å meistre noko. Eller så har det vist seg at lysbehandling har god effekt på eldre som lid av depresjon. Dette blir gitt ved at ein tilfører kunstig lys frå spesiallamper. Ein ser helst at medikamentell behandling skal vere eit av dei siste alternativa for behandling av depresjon, på grunn av biverknader. Men om ein skulle nytte denne typen behandling, bør ein kompensere den med ikkje- medikamentell behandling, som for eksempel psykoterapi. (Kvaal, 2014, s. 444-446). ECT (elektrostimulerande behandling), er òg ein form for behandling, som blir nytta ved alvorlege depresjonar der andre behandlingar ikkje har hatt effekt.

Som helsepersonell er det ein stor utfordring å oppdage depresjon hjå eldre, med tanke på eit dei ofte òg er ramma av andre sjukdomar og har nedsett funksjonsnivå (Kvaal, 2014,s. 446). Det fins mange skalaer og utredningsverktøy som helsepersonell kan nytte for å kartlegge depresjon hjå eldre. Aldring og helse og HESedirektoratet har laga utredningsverktøy som kan brukast i sjukeheimar og i kommunehelsetenesta. Desse manualane inneheld ei heildekkande

kartlegging (Kvaal, 2014, s.447). Men det viktigaste for ein vernepleiar i dette arbeidet, er først og fremst å bli godt kjent med pasienten, og då er det naudsynt å ta ein grundig samtale for å avklare tankar, symptom, teikn og omfanget av lidinga (Moksnes, 2010,s. 456).

4.3 Depresjon i etterkant av hjerneslag

Depresjon førekjem hjå 20-40% hjå slagamma pasientar (Fure, 2007, s. 121). Rehabiliteringa etter hjerneslag er ein prosess der ein ynskjer å hjelpe pasienten å vinne att tapte funksjonar eller eventuelt finne kompenserande tiltak (Thommessen & Wyller, 2007, s. 99). For dei fleste er rehabiliteringa ein langvarig og omfattande prosess. Mange er optimistiske, og forventar at ein skal bli heilt frisk igjen. Andre er nedstemte og fortvila, og ein del utviklar depresjon (Krikevold, 2014, s. 468). Når pasienten innser at han ikkje kjem til å bli så bra som han hadde venta, og at kvardagen ikkje blir den same som før, er det mange som blir nedtrykte og har lett for å utvikle depresjon.

Depresjon og angst er alvorlege følgjetilstandar av hjerneslag. Dette fordi det går utover evna pasientane har til å delta i rehabiliteringa. Tilstanden er knytt til auka dødelegheit og lågare funksjonsbetring (Hackett mfl. ref. i Kirkevold,2014, s. 468). Rørslefunksjonen hjå eldre blir påverka av sjukdom, men den blir òg påverka av normale aldringsforandringar (Helbostad, 2014, s. 340). Det har vist seg at depresjon etter hjerneslag kan hemme forbetring av den nevrologiske funksjonen hjå pasienten (Shimoda & Robinson, ref. Fure, 2007, s. 123).

Behandlingsmåtane her blir dei same som nemnt i punkt 4.2. Både medikamentell og ikkje-medikamentell behandling har sprikande resultat i kva som fungerer for den enkelte pasient (Fure, 2007, s. 122-123). Somatiske sjukdomar, i dette tilfelle hjerneslag, kan både vere føljetilstand og utløysande årsak til depresjon. I tillegg er det mange legemiddel som kan gi depressive symptom (Kvaal, 2014, s.444). Det har vore omdiskutert om depresjon etter hjerneslag er ein konsekvens av slaget, som uttrykk for sorg eller om ein skal kategorisere det som ein sjukdom åleine (Kouwenhoven & Kirkevold, 2014, s. 72). Gamle pasientar treng i mange tilfelle tid til å opparbeide seg tillit, noko som er viktig at vernepleiaren har fokus på for å lettare forstå pasienten.

4.4 Vernepleiaren sin kompetanse

Vernepleiarstudie er bygd opp på fire hovudemne: samfunnsvitskaplege og juridiske emne, psykologiske og pedagogiske emne, helsefaglege emne, miljøarbeid og habiliterings- og

rehabiliteringsarbeid (Fellesorganisasjonen, 2013). I rammeplanen for vernepleieutdanninga står det at helse- og sosialfagutdanningane har som overordna mål å utdanne reflekterte yrkesutøvarar som set mennesket i sentrum, og som kan planlegge, organisere og gjennomføre tiltak i samarbeid med brukarar og andre tenesteutøvarar. Formålet med ein felles innhaldsdel med dei andre helse- og sosialfagutdanningane, er å utdanne helse- og sosialarbeidarar som skal kunne samarbeide tverrfaglig innan helse- og sosialsektoren, i tråd med intensjonane i relevante lover (Utdannings- og forskingsdepartementet, 2005, s. 3).

Vidare seier rammeplanen at: «Formålet med vernepleierutdanningen er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester» (Utdannings- og forskingsdepartementet, 2005, s. 4). Utøvinga av yrket skal byggje på likeverd og respekt for enkeltmenneskets integritet og sette brukarmedverking i fokus. Habilitering og rehabilitering blir i forskrift om habilitering og rehabilitering §3 (2012) definert som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012).

Som ein ser ovanfor så har vernepleiaren kompetanse innan mange fagfelt. I samspelsmeldinga blir kompetanse definert som: «helheten av kunnskaper, ferdigheter og evner som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner og utføre de tilhørende oppgavene i tråd med definerte krav og mål» (Meld. ST. 13 (2011-2012), s.11). Vernepleiaren sin helsefaglege kompetanse inneber å kunne gi helsehjelp til personar med store og samansette funksjonsvanskar. Her er behandling, førebygging av sjukdom og skade, og vedlikehald av funksjonsevne sentralt (Nordlund, Thromsen & Linde, 2015,s. 20-21). Helsefagkompetansen til vernepleiaren er samansett, og den er eit viktig grunnlag for dei analytiske ferdigheitene vernepleiaren har. Som vernepleiar kan ein administrere og handtere legemiddel innanfor dei fleste områder i helse- og omsorgssektoren (Fellesorganisasjonen, 2013). Dette samsvarar med helsepersonellova kapittel 9 §48æ seier at vernepleiar er autorisert helsepersonell (Helsepersonellova,1999).

Sidan vernepleiaren ofte jobbar med menneske med omfattande funksjonsvanskar, som varar livet ut, blir hovudfokuset i arbeid med desse menneska å vedlikehalde funksjonsevna som er til stades, førebyggje at tilstanden blir forverra og legge til rette for best mogleg livskvalitet (Nordlund et. al, 2015, s. 21). Vernepleiaren har òg spesiell kunnskap om korleis ulike funksjonshemmingar kan gjere personar meir sårbare ovanfor somatisk sjukdom og psykiske problem, og korleis ein kan identifisere desse utfordringane (Fellesorganisasjonen, 2013).

Som nemnt blir vernepleiaren omtala som autorisert helsepersonell, men har i tillegg til dette ein brei og grunnleggjande sosialfagleg- kompetanse. Dette gjer at vernepleiaren møter dagens faglege behov i helse- og omsorgstenestene (Nordlund et. al, 2015, s. 23).

I arbeidet sitt nyttar vernepleiaren ein arbeidsmodell, som er eit reiskap som gir oversikt over delprosessar i eit systematisk arbeid (Vedlegg 1). Dette er til hjelp når ein skal systematisere og kvalitetssikre arbeidet (Nordlund et. al, 2015, s.66). Det finst mange ulike arbeidsmodellar som vernepleiarar kan nytte, men den arbeidsmodellen eg kjem til å nytte i oppgåva mi er vernepleiaren sin arbeidsmodell, som Fellesorganisasjonen (2008) presenterer. Den tek for seg ein målretta arbeidsprosess som beskriv ulike fasar som står i gjensidig forhold til kvarandre. Fasane er: behovskartlegging, målval, tiltak og evaluering. Til grunn for alle fasane ligg etiske, juridiske og omsorgsideologiske vurderingar (Fellesorganisasjonen,2008, s.16). I vernepleiaren sitt arbeid er det fokus på at brukaren er i sentrum, der brukarmedverknad er sentralt. Dette jamført pasient- og brukarrettslova (1999) §3-1; «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester» (Pasient- og brukarrettslova, 1999).

Samspelmeldinga fortel at helse- og sosialfagutdanningane kjem til å omfatte fleire målgrupper og arbeidsfelt, og at vernepleiaren med miljøterapeutisk arbeid og sin helsefaglege kompetanse blir viktig i habiliterings- og rehabiliteringsarbeid framover (Meld. ST. 13 (2011-2012), s. 83).

Som vernepleiar må ein halde seg til konteksten ein jobbar i. Konteksten seier noko om kva samanheng arbeidet skjer i eller kva som er dei ytre rammene for arbeidet (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 39). Yrkeskonteksten for ein vernepleiar er arbeid med menneske, og i arbeid med menneske er det å ha ein god relasjonskompetanse viktig (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9). Røkenes og Hansen (2012,s. 9-12) forklarar at relasjonskompetanse handlar om å kunne forstå og samarbeide med dei menneska ein møter i yrkessamanheng på ein god og

hensiktsmessig måte, legge til rette for god kommunikasjon, ha evna til etisk refleksjon og handle til det beste for den andre.

I tillegg til relasjonskompetansen, består vernepleiaren sin yrkeskompetanse av den faglege handlingskompetansen, som er dei kunnskapane og ferdigheitene ein nyttar i samhandling med andre (Røkenes & Hansen, 2012, s. 11). God kommunikasjon med pasientane er viktig, og det handlar om å dele meiningar og opplevingar med kvarandre, å skape eit opplevingsfellesskap i samhandling med kvarandre (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 42). Er det god kommunikasjon mellom vernepleiar å pasient, gjer det det lettare å forstå kvarandre, og skape ein god relasjon. I ein god relasjon er tillit, empati og omsorg for den andre viktig (Skau,2012).

5.0 Drøfting

Ved drøfting skal ein vise kva ein har lært av prosjektet sitt, og korleis denne kunnskapen heng saman med eksisterande kunnskap (Dalland, 2013, s. 143). I denne delen skal problemstillinga: «Korleis kan vernepleiaren sin kompetanse bidra til å gjere kvardagen til pasientar ramma av depresjon etter hjerneslag betre?» drøftast, ved å svare på underspørsmåla. Underspørsmåla er: «Kvifor blir mange deprimerte etter hjerneslag?». «Kva behandlingsmetodar/intervensjonar er satt i verk for dette?» «Korleis ser prognosen til dei som er ramma av depresjon etter hjerneslag ut?». Dei blir drøfta ved ei utdjuping av informasjonen som kjem fram av kapittel 3 og 4. Eg kjem til å ta for meg eit og eit underspørsmål. Som tidlegare nemnt er artikkane i hovudsak om sjukepleiarar, men eg skal diskutere dei forhold til vernepleiaren. Ved å drøfte underspørsmåla skal det belyse problemstillinga.

5.1 Kvifor blir mange deprimerte etter hjerneslag?

I følge Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 334) er depresjon etter hjerneslag eit utbredt og alvorleg fenomen, som ofte blir oversett i praksis. Fysisk, kognitiv, kommunikativ og emosjonell funksjon kan bli endra etter eit hjerneslag (Robinson ref. i Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 335). Litteraturen Kouwenhoven og Kirkevold (2013) har nytta i sitt arbeid om dette temaet presenterer to forklaringar på kvifor personar blir deprimerte etter hjerneslag. Den eine forklarar årsaken til depresjonen utifrå patofysiologiske mekanismar, der fokuset er på sjølve hjerneslaget, plasseringa og omfanget av dette. Den andre meiner at depresjon kan vere ein psykososial reaksjon på dei store endringane etter slaget

(Kouwenhoven og Kirkevold, 2013, s. 336). Andre igjen meiner at depresjon etter hjerneslag er eit multifaktorielt fenomen, der både sjølve hjerneskadene og de psykososiale reaksjonane spelar inn (Whyte & Mulsant ref. i Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s.336).

Fure (2007, s.122) peikar på fleire studiar som tek opp samanhengen mellom lokalisasjonen av hjerneslaget og depresjon. Det har vist seg at skade i venstre hemisfære av hjernen, spesielt i frontallappen, har samanheng med tidleg utfall av depresjon (Fure, 2007, s. 122). Dette er eit resultat av endring i transmittersubstansar på synapsnivå, spesielt noradrenalin og serotonin. Transmittersubstansar formidlar signaloverføring frå ei nervecelle til ei anna (Jansen, 2016). Depresjon førekjem òg om slaget rammar hjernens høgreside, men då kjem depresjonssymptoma seinare. Om depresjon skjer ved skade av høgre hjernehemisfære, oppstår depresjon som resultat av psykologiske reaksjonar når pasienten innser sin nedsette mestrings- og funksjonsevne (Astrom ref. i Fure, 2007, s. 122). Ein ser at det er ulike meiningar angående kva om gjer at depresjon oppstår etter hjerneslag.

Townend og kollegaer (2010) gjorde ein studie der dei undersøkte samanhengen mellom depresjon og aksept av funksjonssvikt (Townend ref. i Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 336). Dei fann ein klar samanheng mellom det å ikkje akseptere funksjonssvikt og det å være deprimert. Studien var basert på å intervjuje både deprimerte og ikkje deprimerte slagpasientar, og det viste seg at dei deprimerte, i motsetning til dei som ikkje var det, var opptekne av at dei framleis burde vera i stand til å utføre oppgåver dei kunne før. Dette kan ein dra samanheng til det tilfelle eg har opplevd. Personen ramma av hjerneslag i min familie, var før slaget svært aktiv og i 100 % jobb som snekker. Sjølv om han var godt over 70 år, levde han som ein funksjonssterk 40-åring. Han var livsglad og generelt positiv til det meste. Etter hjerneslaget vart han meir negativ, og såg ikkje framgangen han gjorde i oppatt-treninga. Fokuset var kunn på at han ikkje fekk til alt han kunne før slaget, ikkje kor mykje betre han var blitt enn det han var rett etter at han fekk hjerneslag. I hans tilfelle kan ein sei at depresjonen truleg er ein naturleg reaksjon på ein brått endra livssituasjon, der han følte tap av funksjonar han tidlegare meistra utan problem.

I følge Kouwenhoven og Kirkevold (2014, s.72) har kva perspektiv ein ser på sjukdom på, noko å sei for korleis depresjon etter hjerneslag blir forstått. Dermed er det viktig å sjå på korleis symptoma blir kartlagde, vurderte og vektlagde. Pasientar som har fått spørsmål om depressive symptom etter hjerneslag, har bekrefta at dei har opplevd depressive symptom,

men dei blei forklart utifrå endringar etter slaget. Dei følte seg unyttige, triste og frustrerte, og følte seg «fanga» og «hjelpelause» i relasjon til andre (Kouwenhoven & Kirkevold, 2014, s. 74). Dette kan tyde på at depresjon etter slag er relatert til graden av nevrologisk handicap, og dermed til kor avhengig pasienten er av andre (Shimoda & Robinson ref. i Fure, 2007, s. 122). Av personleg erfaring såg ein dette tydleg. For ein person som alltid har vore sjølvstendig, aktiv, vore i fullt arbeid og aldri har vore vant til å sitje mykje i ro, blir konsekvensane av eit slag ein total livsomvelting, der ein no treng hjelp til omtrent alt. Sjølvsaft føler ein seg trist, nedstemt og hjelpelaus då. Sjølvtiliten blir svekka og ein har vanskeleg for å sjå positivt på livet. Koplar ein dette med symptoma eg nemnte for depresjon i kapittel 4.3, ser ein at det stemmer overeins.

I kapittel 4.4 kom det fram at mange slagpasientar forventa å bli fort friske når dei tok til med rehabiliteringa, men når dei då fann ut at det ikkje var tilfelle, blei mange nedtrykte og kunne utvikle depresjon. Huang et. al (2010) har òg sett at funksjonsnedsetting og depresjon etter slag har innflytelse på kvarandre. Jo betre fysisk form, jo mindre sjanse for depresjon.

Som vernepleiar er det viktig at ein er bevisst at mange slagpasientar blir deprimerte. I ein tidlegare artikkel som Kirkevold (2010) har skrive, står det at sjukepleiaren er viktig når det gjeld trøst og støtte i forhold til den slagamma sin prosess med å tolke å forstå sin eigen situasjon (Kirkevold ref. i Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 336). Det same gjeld for vernepleiaren. Vernepleiaren sin yrkeskompetanse, som inneber handlings- og relasjonskompetanse som forklart i teoridelen, kan nyttast i arbeid med deprimerte slagpasientar. Som reflektert fagperson, er det viktig å observere korleis pasientane har det. Som tidlegare nemnt, så blir depresjon etter hjerneslag ofte oversett praksis (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 334). Dette har vernepleiaren kunnskap om, så ein må vere bevisst dette, observere og ha samtale med slagamma pasientar jamleg, for å kunne oppdage depresjon etter hjerneslag.

5.2 Kva behandlingmetodar/intervensjonar er satt i verk for dette?

Det blir nytta ulike typar tiltak for å hindre eller behandla depresjon etter hjerneslag. Kouwenhoven og Kirkevold (2014, s. 73) har sett på ulike forskingsartiklar der det kjem fram at evidensen er svak for at medikamentell behandling fungerer, og at psykologiske intervensjonar kan redusere risikoen for å få depresjon etter hjerneslag. I punkt 4.2 er det forklart at medikamentell behandling skal vere siste utveg, og då skal det kompenseras med ikkje- medikamentell behandling (Kvaal, 2014).

Ginkel et. al (2010) har funne ut at livs-gjennomgang terapi, motiverande intervju, eit spesielt sjukepleier-støtte program og fysisk aktivitet er gode intervensjonar i arbeidet med deprimerte slagpasientar. Dette er terapeutiske behandlingsformer, som ikkje krev medikamentell behandling. Motiverande intervju og fysisk aktivitet er dei mest konkretiserte intervensjonane i artikkelen, dermed blir desse mest vektlagt her.

Det viste seg at motiverande intervju var svært effektivt. Ved ein slik type terapiform jobbar terapeutane med pasientane sine dilemma, og motiverer pasientane til å komme opp med egne løysingar, ved å støtte dei og for å forsterke optimisme hjå pasientane (Watkins et. al ref. i Ginkel et. al, 2010, s. 3284). Motiverande intervju kan ein som vernepleiar nytte i arbeid med deprimerte slagpasientar. Då er det viktig å ha god kommunikasjon og relasjon til pasientane, slik at ein har opparbeida seg tillit (Skau, 2012). På denne måten føler pasienten seg trygg på vernepleiaren, og har lettare for å dele følelsane sine. Denne typen terapi gjer pasienten aktiv i prosessen med å betre tilstanden sin, og dette kan for mange ha positiv effekt på sjølvbiletet. For som nemnt i førre avsnitt fann Kouwenhoven og Kirkevold (2014, s.74) ut at deprimerte slagpasientar følte seg hjelpelause i relasjonen til andre. Om pasienten no ser at han kan ta tak i og løyse problema sine sjølv, kan det bli lettare for han å ha ei meir positiv innstilling til rehabiliteringa, og enklare å sjå sin eigen progresjon.

Studien til Ginkel et. al (2010,s. 3284) fann òg ut at det var reduksjon i depressive symptom hjå slagamma pasientar om helsepersonell gav pasientane nok informasjon om strategiar til korleis ein kunne fremje ei sunn tilpassing til det å leve med nedsetjingar etter slag. Dette er viktig at helsepersonell tenkjer over. Det er lett å kunn ha fokus på behandlingsmetodar der ein set pasienten i ei passiv rolle, men dei behandlingsmåtene som til no er nemnt, peikar på at det er viktig at pasienten er aktiv i sitt eige liv.

Studien til Ginkel et. al (2010) viste òg at fysisk aktivitet hadde positiv effekt på depresjonen hjå slagpasientane, dette kom fram i punkt 4.2 òg. Men når ein har med gamle pasientar å gjere må ein tenkje over at rørsleapparatet , som nemnt i teorien, ikkje berre blir påverka av sjukdommen, som her er hjerneslag, men at det òg blir påverka av normale aldersforandringar (Helbostad, 2014, s. 340). Dermed må ein som vernepleiar kartleggje om pasienten har nokre erverva skader, som ein må ta omsyn til, før ein kan setje i gang tiltak for fysisk aktivitet. Her kan vernepleiaren nytte vernepleiaren sin arbeidsmodell (Fellesorganisasjonen, 2008), å kartleggje funksjonsnivået til den deprimerte slagpasienten. I behovskartlegginga, som

inneheld kartlegging og analyse (Fellesorganisasjonen, 2008, s.17), er det viktig at ein inkluderer både pasienten og pårørande, for å få kunnskap om pasienten sine behov og ressursar. For å skape eit godt samarbeid med pasient og pårørande er kommunikasjon- og relasjonskompetansen til vernepleiaren viktig. Dette gjer det enklare å finne former for fysisk aktivitet tilpassa pasienten.

Det kom fram av artikkelen til Ginkel et. al (2010,s. 3286) at deprimerte pasientar har ein tendens til å unngå terapeutiske- og sosiale aktivitetar, noko som stiller krav til personalet som jobbar med dei. Eksempel på dette har eg sjølv opplevd, då pasienten ikkje innsåg at det var viktig å reise til fysioterapeuten, og han såg inga nytte av dei tiltaka som var satt i verk for han. Vernepleiaren må prøve å inkludere daglegdagse aktivitetar og aktivitetar som kan trene mobiliteten til pasienten i det daglege arbeidet (Ginkel et. al, 2010, s. 3286). I tillegg nemner artikkelen at det er viktig at vernepleiaren motiverer og oppfordrar pasienten til å delta i fysioterapi og andre terapi-program. Å få pasienten til å ta i mot råda ein kjem med, er lettare om ein har opparbeida seg god relasjon og tillit til pasienten. Ginkel et. al (2010, s.3286) peikar på at det å lytte og å gi råd til pasienten er viktig for behandlingsmåtane dei har beskrive. Dette er sentrale element i ein god kommunikasjon og relasjon.

Ginkel et. al (2010, s. 3286) fann at livsgjennomgang-terapi hadde noko effekt, men at motiverande intervju verka betre. Ved livsgjennomgang-terapi diskuterte ein sjukepleiar og ein pasient opplevingane pasienten hadde hatt gjennom livet. Denne terapien kan samanliknast med minnearbeid som nemnt i punkt 4.2. Musikterapi kan òg ha ein positiv effekt på depresjon (Ginkel et. al, 2010, s. 3286). Studien tok for seg støtteprogram som var tillegg, der hovudelementa var at pasientane blei aktiviserte til å forstå diagnosen og behandlinga av depresjon, starte med antidepressiva (medisin), og overvaking av effektiviteten av behandlinga i 3 månader (Williams et. al, ref. i Ginkel et. al, 2010, s. 3285). Dette viste seg òg å vere effektivt. Huang et. al (2010, s. 2759), fann at sosial støtte var viktig for å betre depresjon etter hjerneslag, og hadde mykje å seie for livskvaliteten til pasientane som var med i undersøkinga. Som nemnt i teoridelen, har gamle ofte vanskar med å opparbeide seg tillit, så dette må vernepleiaren jobbe med.

For å komme fram til kva behandlingsmetode ein skal nytte for pasienten, er kartlegging naudsynt. God tilrettelegging er viktig at vernepleiaren arbeider med, slik at behandlingsmetoden blir tilpassa den enkelte pasient. Her kan ein nytte vernepleiarens

arbeidsmodell (Fellesorganisasjonen, 2008). Alle fasane i arbeidsmodellen er viktige og står i eit gjensidig forhold til kvarandre (Vedlegg 1). Ved å nytte den må vernepleiaren først kartleggje situasjonen, lage mål og setje i gang tiltak for behandling. Evaluering av tiltaket er svært viktig. Vernepleiaren må gjennom heile prosessen reflektere og evaluera over kva som fungerer og kva som ikkje fungerer, og om ein eventuelt må setje i gang nye tiltak. Teorien seier at det er viktig med tverrfagleg samarbeid for å gi best mogleg behandling av hjerneslag (Kirkevold, 2014, s. 467).

5.3 Korleis ser prognosen til dei som er ramma av depresjon etter hjerneslag ut?

Alle artiklane som er presentert skriv noko om dette. Dei får fram at dei som er deprimerte etter slag, har dårligare utbytte av rehabiliteringa, og den første artikkelen viser at sosial støtte kan betre depresjonen.

Depresjon etter hjerneslag har vist seg å ha negativ effekt på rehabiliteringa (Huang et. al, 210, s.2758). Fleire studiar har komme fram til dette, og det er òg knytt til auka dødelegheit og lågare funksjonsbetring (Hackett mfl. ref. i Kirkevold,2014, s. 468). Det å bli ramma av slag har innflytelse på økonomien, det sosiale, fysiske og psykiske hjå pasienten, og studien til Huang et. al (2010) har komme fram til at dette krev meir sosial støtte. Sosial støtte viser seg å ha positiv verknad på livskvaliteten til slagamma, både mentalt og fysisk. I studien til Huang et. al (2010) kjem det fram at livskvalitetsproblem aukar med alderen. Vidare blir det påvist at dei med gode funksjonelle evner har betre livskvalitet, samstundes som dei funksjonelle evnene påverkar korleis pasienten oppfattar si eiga helse og livskvalitet (Huang et. al, 2010).

Depresjon og angst er alvorlege følgjetilstandar av hjerneslag. Det har vist seg at depresjon etter hjerneslag kan hemme forbetring av den nevrologiske funksjonen hjå pasienten (Shimoda & Robinson, ref. Fure, 2007, s. 123). Som nemnt i teorien, er gamle som gjennomgår eit hjerneslag ofte utsatt for å få eit alvorlegare og større hjerneslag enn yngre (Naess mfl. ref. i Kirkevold, 2014, s. 466). Oppatt-treninga vil som oftast gå seinare og vere meir krevjande hjå eldre pasientar, fordi dei ofte lid av andre sjukdommar, aldersknytte funksjonsnedsettingar (syn, hørsel, stivheit og muskelplagar) og har kanskje ikkje like godt sosialt nettverk, i motsetnad til yngre som blir ramma av slag. Sosial støtte er svært viktig, og om pasienten ikkje har eit godt nettverk rundt seg, er det naudsynt at vernepleiaren nyttar

relasjonskompetansen sin for å bli godt kjent med pasienten. Dette kan dermed ha positiv effekt for pasienten. Dette fordi det bidreg til at pasienten får sosial støtte, og kan føle på at ein har nokon rundt seg som bryr seg.

Studien til Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 340) har vist at det er mange element involvert ved depresjonssymptom etter slag, og dette spelar inn på livsverden som heilheit. Som forklart i teoridelen, skal utøvinga av vernepleiaryrket byggje på likeverd og respekt for enkeltmenneskets integritet og sette brukarmedverknad i fokus (Utdannings- og forskingsdepartementet, 2005,s.4). Vernepleiaren er kvalifisert til å utføre habiliterings- og rehabiliteringsarbeid, så er velegnet i arbeid med deprimerte slagpasientar. Depressive symptom etter slag er eit mangesidig fenomen som kan få alvorlege konsekvensar (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 341).

Det er viktig at vernepleiaren veit om symptoma på depresjon, slik at behandlinga kan bli sett i gang tidleg. Ginkel et. al (2010, s. 3287) presiserer at det trengs meir studie på området for at ein så tidleg som mogleg kan oppdage depresjon etter hjerneslag. Dette kan betre prognosen for dei som er ramma. Meir studie på området vil betre kunnskapen hjå fagfolk for kva dei må vere observante på etter at ein pasient har gjennomgått eit slag. Det er aldri bra at tiltak og behandling kjem seint i gang, i tilfelle eg sjølv var vitne til, var pasienten deprimert i omtrent tre månader før det blei oppdaga, og behandling blei sett i gang. Dette hadde mykje å seie for rehabiliteringa hans. Han var negativ til alle tiltak, og såg ingen framgang hjå seg sjølv. Dette gjekk utover humøret, han blei depressiv, og depresjonen gjekk utover rehabiliteringa. Men når han då fekk rett behandling, medikament og psykoterapi, blei alt mykje betre, og no er han mykje meir positiv og flink til å trene og utøve program fysioterapeuten har laga for han. Han har vore heldig og hatt god sosial støtte gjennom heile prosessen, noko ein ser har hatt positiv effekt.

6.0 Avslutning

I arbeidet med denne oppgåva har eg belyst problemstillinga mi ved å svare på tre underspørsmål. Artiklane som er nytta har vore relevante, og svart godt på underspørsmåla mine. Det er ulike meiningar om depresjon etter hjerneslag er ein konsekvens av sjølve slaget, eller om det er ein psykososial reaksjon på dei store endringane. I drøftingsdelen kom det fram at behandling i form av sosial støtte, motiverande intervju og fysisk aktivitet kan redusere depressive symptom og har positiv innverknad på pasientane. Dette er tiltak ein som

vernepleiar kan nytte for å betre kvardagen til pasientane. Om pasientane ikkje lengre er deprimerte, eller får behandling som reduserer dei depressive symptoma, vil ein merke ein betring i humøret deira. Prognosen til dei slagamma vert betra om dei ikkje lengre er deprimerte. Dette fordi depresjonen går utover evna pasientane har til rehabilitering.

Ein kan ikkje konkludere med at vernepleiaren sin kompetanse gjer kvardagen til deprimerte pasientar betre, men ein ser tydeleg at ein kan bidra til dette. Ved å nytte sin kommunikasjons- og relasjons- kompetanse i arbeid med pasientar, opparbeider vernepleiaren seg tillit, noko som gjer det lettare å samarbeide med pasientane. I tillegg kan dette bidra til at pasientane føler seg sett og mottar sosial støtte. Vernepleiarens arbeidsmodell er ein systematisk og målretta arbeidsprosess som er eit godt verktøy for vernepleiaren å nytte i arbeidet med deprimerte slagpasientar, for å kartlegge situasjonen og finne tiltak.

Oppgåva har belyst at depresjon etter hjerneslag er eit kjent fenomen, og at det er mykje forskning innan temaet. Meir forskning på området er naudsynt for at depresjon etter hjerneslag skal bli oppdaga så tidleg som mogleg. Dette kan betre prognosen til deprimerte slagpasientar. I oppgåva kjem det tydleg fram at vernepleiaren sin kompetanse kan nyttast i arbeid med deprimerte slagpasientar, og dette er det lite forskning på, sidan artiklane eg har funne omhandlar sjukepleiarar. For vidare studiar kan det vere interessant å gå djupare inn på vernepleiarens helsefagkompetanse, for å kartleggje kor brei kompetanse vernepleiaren har, og at den kan nyttast innan mange fagområder.

7.0 Litteraturliste

American Stroke Association. (2015, 22. juli). Impact of Stroke (Stroke statistics). Henta den

12.04.16 frå

http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/Impact-of-Stroke-Stroke-statistics_UCM_310728_Article.jsp#.VwzPiKTRi00

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O., & Trygstad, H. (2013). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving*. (s. 63-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fellesorganisasjonen. (2008). Om vernepleieryrket. Henta den 16.05.16 frå

<https://www.fo.no/publikasjoner/om-vernepleieryrket-article1359-159.html>

Fellesorganisasjonen. (2013). Vernepleieren. Henta den 18.04.16 frå

<https://www.fo.no/vernepleiere/category147.html>

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Henta den 27.04.16 frå

https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_2

Frich, J.C., & Russel, D. (2007). Hjerneslag- en ny epoke. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2007, (127), 6.

Fure, B. (2007). Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2007, (127), 121-123.

Ginkel, J. M. d. M. V., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., & Hafsteinsdottir, T. B. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23 24), 3274- 3290.

- Helbostad, J.L. (2014). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.),
Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten (s. 438-451). Oslo:
Gyldendal Akademisk.
- Helseperonellova. (1999). *Lov om helsepersonell m.v 2. juli 1999 nr. 64*. Henta frå
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Huang, C.-Y., Hsu, M.-C., Hsu, S.-P., Cheng, P.-C., Lin, S.-F., &
Chuang, C.-H. (2010). Mediating roles of social support on poststroke depression
and quality of life in patients with ischemic stroke. *Journal of Clinical
Nursing, 19*(19-20), 2752-2762.
- Indredavik, B. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved
hjerneslag* (Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet)). Oslo:
Helsedirektoratet.
- Jansen, J. (2016). Stupor. *Store medisinske leksikon*. Henta den 24.04.16 frå
<https://sml.snl.no/stupor>
- Jansen, J. (2016). Transmittersubstanser. *Store medisinske leksikon*. Henta den 12.05.16 frå
<https://sml.snl.no/transmittersubstanser>
- Kerty, E. (2007). Så ung og rammet av slag. *Tidsskrift for Den norske
legeforening, 2007*, (127), 6.
- Kirkevold, M. (2014). Hjerneslag. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.),
Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten (s. 464-479). Oslo:
Gyldendal Akademisk.

- Kouwenhoven, S., & Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien Forskning*, 2013 (4), 334-342.
- Kouwenhoven, S., & Kirkevold, M. (2014). Depressive symptomer etter hjerneslag; er depresjon etter hjerneslag et uttrykk for sykdom eller sorg? *Sykepleien Forskning*, 2014 (1), 72-78.
- Kvaal, K. (2014). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten* (s. 438-451). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malt, U. (2016). Psykoterapi. *Store norske leksikon*. Henta den 24.04.16 frå <https://sml.snø.no/psykoterapi>
- Meld. St. 13. (2011-2012). *Utdanning for velferd: Samspill i praksis (Samspillsmeldingen)*. Oslo: Det kongelige kunnskapsdepartementet.
- Moksnes, K.M. (2010). Livets siste faser. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken* (s. 446- 486). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk Helseinformatikk. (2015). *Hjerneslag- FAST*. Henta den 22.04.16 frå <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/hjerne-nervesystem/hjerneslag-1512.html>
- Nordlund, I., Throsen, A., & Linde, S. (2015). *Innföring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis, Grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Norsk hjerneslagregister. (2014). Hvem får hjerneslag. Henta den 13.04.16 frå <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/353/resultater>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v av 2. juli 1999 nr. 63*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller briste, Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Skau, G.M. (2012). *Gode fagfolk vokser, Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*.

Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Slag.no. (2012). *Hjerneslag*. Henta 22.02.16 frå

<http://www.slag.no/Hjerneslag/Hva-er-hjerneslag>

Slag.no. (2014). *Behandling*. Henta 26.04.16 frå

<http://www.slag.no/Hjerneslag/Behandling>

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm.

Svartal, F. (2009). Longitudinell metode. *Store Norske Leksikon*. Henta den 06.05.16 den

https://snl.no/longitudinell_metode

Thommessen, B., & Wyller, T.B. Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2007, (127), 98-101.

Trygghetsnett. (2016). *Ulike typer av hjerneslag*. Henta den 14.02.16 frå

<http://www.trygghetsnett.no/ulike-typer-av-hjerneslag/category189.html>

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005, 01. desember). *Rammeplan for*

Vernepleierutdanning. Henta den 18.04.16 frå

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rammeplaner-for-hoyere-utdanning/id587302/>

World Health Organization. (2015, januar). *Cardiovascular diseases*. Henta den 15.04.16 frå

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

World Health Organization. (2016, april). *Depression*. Henta den 13.04.16 frå

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organization. (2015). *ICD-10 : Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015* (Norsk versjon. ed.). Oslo:

Helsedirektoratet.

Vedlegg 1

