

Oda Bunes
Tuva Erika Brandåstrø Stenslet

Depresjon etter hjerneslag

Antall ord: 8735

Bacheloroppgave i Sykepleie SY300215

Veileder: Ingunn Hunstad

Mai 2020

Oda Bunes
Tuva Erika Brandåstrø Stenslet

Depresjon etter hjerneslag

Antall ord: 8735

Bacheloroppgave i Sykepleie SY300215
Veileder: Ingunn Hunstad
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Cirka 15000 mennesker rammes av hjerneslag i Norge hvert år. I behandling av pasienter med gjennomgått hjerneslag er det mye fokus på somatiske konsekvenser. Depresjon forekommer hos 20-40% av hjerneslagpasienter, men det blir ofte oversett og underdiagnostisert, noe som kan medføre økt hjelpebehov, nedsatt livskvalitet og dårligere utbytte av rehabilitering.

Hensikt: I denne oppgaven ønsker vi å utforske ved hjelp av forskning hvordan sykepleiere kan identifisere depresjon etter hjerneslag, og iverksette forebyggende tiltak for å motvirke utvikling av alvorlig depresjon.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie, hvor vi har analysert og diskutert funn i åtte forskningsartikler som belyser vår valgte problemstilling.

Resultat: Våre hovedfunn viser at tidlig oppdagelse av symptomer på depresjon og forebyggende tiltak reduserer risikoen for videre utvikling. En kombinasjon av identifisering, iverksetting av tiltak og det å skape en relasjon til pasienten er effektivt i det forebyggende arbeidet.

Konklusjon: Forskning viser at sykepleiere bør få mer kunnskap i hvordan de kan identifisere depresjon etter hjerneslag. Sykepleiers observasjoner sammen med rutinemessig bruk av kartleggingsverktøy kan bidra til å oppdage depresjon på et tidligere tidspunkt. Forebyggende tiltak kan være med på å forebygge depresjon.

Nøkkelord: Sykepleier, hjerneslag, depresjon, identifisering, forebygging.

Abstract

Background: Approximately 15000 Norwegians suffer from stroke each year. In the treatment of stroke patients, the focus lies mostly on the somatic consequences. 20-40% of stroke patients suffer from post-stroke depression, but it is often unrecognized and untreated. This can lead to increased dependency in ADL-functions, decreased quality of life and poor rehabilitation outcome.

Aim: The aim of this systematic review is to explore how nurses can identify post-stroke depression, and apply preventive interventions to counteract the development of severe depression.

Method: This paper is a systematic review, where we have analyzed and discussed the findings in eight different research papers that support the thesis question.

Results: Our main findings show that early detection of depressive symptoms and preventive interventions can reduce risk of further development of depression. A combination of identifying, implementing interventions and building a relationship with the patient are effective in preventive nursing.

Conclusion: Research shows that it's necessary for nurses to obtain more knowledge in how to identify post-stroke depression. Nurses observations and an increase in the use of screening tools can help identify post-stroke depression at an earlier stage. Preventive nursing interventions can contribute to prevent depression.

Keywords: Nurse, post stroke, depression, identification, prevention

Forord

Denne bacheloroppgaven er skrevet i forbindelse med avslutning på sykepleierstudiet ved NTNU i Ålesund. Prosessen har vært svært lærerik, og vi håper du som leser får nytte av resultatet. Vi ønsker å rette en stor takk til våre veiledere Ingunn Hunstad og Arnhild Vestnes. Takk for all god hjelp, støtte og gode svar gjennom skriveprosessen. Samtidig ønsker vi å takke familie og venner for støtte og motivasjon gjennom denne perioden.

"Too often we underestimate the power of a touch, a smile, a kind word, a listening ear, an honest accomplishment or the smallest act of caring, all of which have the potential to turn a life around."

-Leo Buscaglia

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema	11
1.2	Oppgavens hensikt og problemstilling	11
1.3	Oppgavens videre oppbygging og innhold	12
1.4	Begrepsavklaring	12
2	Teoribakgrunn	13
2.1	Sykepleiers funksjon	13
2.1.1	Sykepleieteori	13
2.2	Hjerneslag	14
2.3	Depresjon	14
2.4	Identifisering av depresjon	15
2.5	Forebyggende arbeid	15
3	Metode	17
3.1	Datainnsamling	17
3.1.1	Databaser og søkehistorikk	17
3.1.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	18
3.2	Kvalitetsvurdering	18
3.3	Etiske vurderinger	19
3.4	Analyse	19
4	Resultat	22
4.1	Utvikling av sykepleiers kompetanse	22
4.2	Sykepleier-pasient-forholdet	23
4.3	Identifisering av pasientens psykiske tilstand	23
4.4	Forebyggende sykepleie	24
5	Diskusjon	26
5.1	Metodediskusjon	26
5.2	Resultatdiskusjon	27
5.2.1	Utvikling av sykepleiers kompetanse	27
5.2.2	Sykepleier-pasient-forholdet	28
5.2.3	Identifisering av pasientens psykiske tilstand	29
5.2.4	Forebyggende sykepleie	30
6	Konklusjon	33
6.1	Til videre forskning	33
	Referanser	34
	Vedlegg	37

1 Innledning

Om lag 15000 mennesker rammes av hjerneslag i Norge hvert år. Hjerneslag, apoplexia cerebri, er en dramatisk tilstand som kommer plutselig og rammer pasienten psykisk, fysisk og sosialt (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2017, s.301). Ifølge Bertelsen (2016, s.326) betegnes hjerneslag som en plutselig skade på hjernevevet som følge av at blodtilførselen til et område av hjernen stopper opp; enten på grunn av blødning fra en arterie i hjernen eller hjerneinfarkt. Etter gjennomgått hjerneslag er det stort fokus på fysiske utfall som kan oppstå som sekvele. Emosjonelle symptomer derimot, hvor depresjon forekommer hyppigst, er ofte oversette utfall. Tiden etter gjennomgått hjerneslag oppleves som svært krevende for mange slagrammede, da de fysiske, kognitive, følelsesmessige og kommunikative konsekvensene henger sammen og påvirker hverandre. Depresjon kan gi negative konsekvenser for pasienten med tanke på videre prognose i rehabiliteringen. Utad kan den slagrammede se frisk og glad ut, mens det ofte oppleves som belastende og tungt for pasienten selv og pårørende (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Depresjon rammer 20-40% av alle pasienter som har gjennomgått hjerneslag (Mitchell, 2016; Robinson & Jorge, 2016). Utfallene har store individuelle variasjoner, og den nye livssituasjonen kan bestå av en helt ny tilværelse for pasienten. Dette kan innebære fysiske nedsettelse, kognitive forandringer og psykiske utfordringer som utmattelse, ensomhet og forandret selvbilde som kan være risikofaktorer for utvikling av depresjon (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Temaet hjerneslag og depresjon valgte vi av den grunn at vi begge har erfaring med hjerneslagpasienter, både gjennom arbeid, praksisstudier og i familielivet. Erfaringen har vakt en spesiell interesse for begge kandidatene. Gjennom denne oppgaven ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å forebygge langvarige psykiske plager etter hjerneslag.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å utforske hvordan sykepleiere kan bidra med tidlig identifisering av depressive symptomer etter hjerneslag, og jobbe forebyggende mot depresjon. Oppgaven har et sykepleieperspektiv. Med valgt problemstilling ønsker vi å belyse hvordan sykepleier best mulig kan forberede den slagrammede på å mestre livssituasjonen etter hjerneslaget.

På bakgrunn av dette, landet vi på problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier bidra til å identifisere og forebygge depresjon hos pasienter rammet av hjerneslag?

1.3 Oppgavens videre oppbygging og innhold

Utvalgt teori vil bidra til å danne et grunnlag for å besvare problemstillingen. Deretter vil vi presentere metoden vi har benyttet oss av for å finne relevante forskningsartikler, og hvordan vi har analysert innholdet i artiklene. Resultatene blir presentert i analysen, hvor vi drøfter teori og forskning opp mot hverandre, og hvordan dette kan benyttes av sykepleier i praksis. Avslutningsvis vil vi oppsummere med en konklusjon som besvarer våre sentrale funn og forslag for videre forskning.

1.4 Begrepsavklaring

Sykepleie: En sykepleier er en kunnskapsarbeider som jobber for et bedre helsevesen, folkehelse og mer fornøyde pasienter. En sykepleiers kunnskap bidrar til å gi pleie til enhver pasients behov, og skal sikre verdighet i alle faser av livet (Norsk Sykepleierforbund, 2019a).

Hjerneslag: Plutselig skade på hjernevevet som følge av at den arterielle blodtilførselen i et område av hjernen plutselig stopper opp; enten på grunn av blødning fra en arterie i hjernen eller hjerneinfarkt (Bertelsen, 2016, s.326).

Depresjon: Depresjon kan komme som følge av å miste noe. Sykdom, tap av selvfølelse, verdi eller kroppsfunksjon kan medføre depresjon som følge (Kristoffersen & Breievne, 2017, s.193). En deprimert person kan preges av nedstemthet, angst og manglende emosjonell reaktivitet. Pasienten kan være apatisk; viser hverken positive eller negative følelser, glede så vel som sorg (Helsedirektoratet, 2009 s.9).

Forebygging: Handler i denne sammenhengen om å forsøke å motvirke eller begrense uønskede komplikasjoner (Mikkelsen, 2005).

2 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil vi presentere utvalgt teori for å belyse vår problemstilling, med hovedtemaene: sykepleiers funksjon, hjerneslag, depresjon, identifisering av depresjon og forebyggende arbeid. Disse temaene legger grunnlag for videre drøfting i oppgaven.

2.1 Sykepleiers funksjon

Sykepleier har en sentral rolle når det gjelder ivaretagelse av den enkelte pasient. Ved vurdering av konsekvenser sykdommen har for pasientens grunnleggende behov, kommer sykepleierens perspektiv frem. Fokuset ligger på pasientens opplevelser av situasjonen, mestringsutfordringer og intervensjoner som kan iverksettes for å ivareta pasientens individuelle behov. Sykepleier har en *fortolkende, støttende, integrerende og bevarende* funksjon. Den *fortolkende* funksjonen går ut på å hjelpe pasient og pårørende med å få en oversikt over deres nye livssituasjon. Sykepleier hjelper pasienten med å se sine ressurser så vel som begrensninger. Den *støttende* funksjonen handler om å opprettholde håp ved å skape et trygghets- og tillitsforhold. Pasienten har behov for støtte og tilpasning for å oppleve mestring, styrke selvbildet og opprettholde det sosiale nettverket. Den *integrerende* funksjonen handler om å integrere behandling i pasientens dagligdagse aktiviteter. Sykepleieren har også en *bevarende* funksjon, som handler om å ivareta pasientens grunnleggende behov ved å skape balanse mellom aktivitet og hvile. På denne måten kan pasientens fysiske og psykiske energi opprettholdes (Wergeland et al., 2017, s.304-310).

Når sykepleieprosessen anvendes i praktisk arbeid, betyr det at den enkelte pasients behov og verdier, sammen med aktuell sykepleiekunnskap, skal lede hvordan sykepleier planlegger og gjennomfører nødvendig sykepleie. Dette gjør sykepleien individualisert, som kalles *personsentrert pleie*, og bør være kjernekompetanse hos alt helsepersonell. Personsentrert pleie betyr å dele makt og ansvar med pasienten, sammen med å identifisere, respektere og ta hensyn til dens livssituasjon, verdier og behov. Personsentrert pleie innebærer følelsesmessig støtte og fysisk velvære, og skal respektere personlig integritet. Helhetlig sykepleie betyr å se pasienten som et helt menneske, med både medisinske og ikke-medisinske behov (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2015, s.19-21).

Håp er en grunnleggende faktor for å mestre sykdom og lidelse. En av sykepleiers oppgaver er å hjelpe pasienten med å bevare håpet og unngå en følelse av håpløshet. Håp gir oss styrke, og hjelper oss å mestre vanskelig situasjoner som tap, sykdom, lidelse og ensomhet (Travelbee, 2001, s.117-123).

2.1.1 Sykepleieteori

Joyce Travelbees sykepleieteori baserer seg på det mellommenneskelige aspektet av sykepleien. Teorien definerer sykepleie som:

«...en menneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og

lidelse og om nødvendig å finne sammenheng i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s.29).

Teorien tar utgangspunkt i at hvert enkelt menneske er enestående og uerstattelig, og at alle mennesker er ulike individer med ulike opplevelser. Travelbee framhever at det er viktigere at sykepleieren forholder seg til hvordan pasienten opplever sin sykdom og lidelse framfor å se diagnose og objektive vurderinger. I teorien går Travelbee vekk fra ordene pasient og sykepleier, da disse definisjonene får fokuset vekk fra mennesket som står bak sine egenskaper. Det mellommenneskelige forholdet mellom pasient og sykepleier er en prosess og et virkemiddel for å dekke pasientens grunnleggende behov (Kristoffersen, 2017c, s.28-29).

2.2 Hjerneslag

Hjerneslag defineres som en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer. Det er en dramatisk tilstand som rammer pasienten plutselig, både psykisk, fysisk og sosialt. Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken og den vanligste årsaken til funksjonshemming i Norge (Wergeland et al., 2017, s.303).

Hjerneslag er ikke en ensartet sykdom, men et samlet ord for symptomene som oppstår når blodtilførselen til hjernen helt eller delvis blokkeres. Det omfatter både *hjerneinfarkt* og *hjerneblødning*. Et *hjerneinfarkt* oppstår som følge av tilstopping av en blodåre som forsyner hjernen med blod. Det skyldes ofte åreforkalkning i blodårene. *Hjerneblødning* oppstår som følge av intracerebrale eller subaraknoidalblødninger som forårsaker forstyrrelse av blodsirkulasjonen i hjernen. Det skyldes at en arterie i hjernevinnen eller selve hjernen sprekker, og gir påfølgende blødning. Årsaker kan være svakhet i åreveggen, aneurisme eller ytre traume. Mens hjerneinfarkt rammer hele 85-90% av slagpasienter, rammes 10-12% av hjerneblødning. Risikoen for hjerneslag øker med alderen, og de fleste som rammes er over 65 år. Risikofaktorer er høyt blodtrykk, overvekt, lite fysisk aktivitet, røyking, høyt alkoholkonsum, hjertesykdom, diabetes og åreforkalkninger. Ved symptomer på hjerneslag skal pasientene innlegges umiddelbart for øyeblikkelig hjelp (Wergeland et al., 2017, s.304-305).

2.3 Depresjon

Depresjon er en opplevelse av nedtrykthet og tristhet som vedvarer over lengre tid. Hos en deprimert person kan flere av tingene som vanligvis gir glede nå uten betydning, og en har ofte redusert energi- og aktivitetsnivå. I tillegg oppfatter den deprimerte seg selv ofte som utilstrekkelig mislykket, og finner ingen mulighet til å bedre sin situasjon. Depresjon forekommer ofte hos pasienter som har opplevd vanskelige situasjoner, som alvorlig og livstruende sykdom (Håkonsen, 2014, s.254-255). Sorg og nedtrykthet er normale følelser som alle mennesker opplever i perioder. Depresjon er derimot en psykisk lidelse (Hummelvoll, 2018, s.193-195).

Hjerneslag kan føre til ulike grader av skade på hjernen. Forandringene i hjernen kan føre til psykiske forandringer hos pasienten. Dels er disse forandringene en reaksjon på situasjonen og det pasienten har vært igjennom. Hjerneslag kan oppleves som en katastrofe for pasienten og de nærmeste. En kan oppleve glede over å bli frisk etter hjerneslaget, samtidig som mange opplever angst, fortvilelse og forvirring. En kan se på

de emosjonelle reaksjonene som en normal sorgreaksjon, og mange slagpasienter trenger derfor støtte og hjelp til å takle sin nye livssituasjon. Selv om mange hjerneslagpasienter forbedrer fysisk funksjonsnivå med trening, vil mange oppleve funksjonshemming. De mestrer ikke alltid oppgaver de gjorde før hjerneslaget (Wergeland et al., 2017, s.309).

Depresjon i varierende alvorlighetsgrad kan bidra til et mer komplisert sykdomsforløp og økt mortalitet (Stubberud, 2013, s.70). En må være klar over at depresjon kan utvikles sent i sykdomsforløpet. Det bør nevnes at tallene på forekomst sannsynligvis er ufullstendige, da flesteparten av studiene gjennomført på emnet ekskluderer enkelte pasientgrupper (Sagen, Lerdal & Dammen, 2007, s.160).

2.4 Identifisering av depresjon

Depresjon etter hjerneslag har de samme diagnosekriteriene som ved funksjonell depresjon. Likevel kan mange av symptomene på depresjon ligne fysiske reaksjoner etter hjerneslaget. Hjerneslag kan medføre symptomer som nedsatt matlyst, søvnproblematikk, smerter og tretthet – som også er symptomer på depresjon. Forandringer i hjernen kan også medføre en emosjonell avflating eller emosjonell inkontinens (økt emosjonell aktivitet -f.eks. gråt). Skillet mellom hva som er depresjon og hva som kommer av hjerneslag er derfor vanskelig. Det viser seg likevel at det ikke er fare for overdiagnostisering av depresjon. Symptomene på depresjon blir i mange tilfeller forklart som symptomer på hjerneslag, noe som medfører en underdiagnostisering (Sagen et al., 2007, s.162). Selve diagnostiseringen er en legeoppgave, men sykepleier har en støttende rolle når det kommer til utredningen. Sykepleiers observasjoner og vurderinger, både i forhold til depressive symptomer og effekt av eventuell behandling er viktig for å gi pasienten best mulig helsehjelp (Stubberud, 2013, s.71).

Helsedirektoratet (2009, s.27) har utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av depresjon. I denne retningslinjen anbefales det rutinemessig kartlegging med kartleggingsverktøy hos pasienter med somatiske lidelser som medfører tap av fysisk funksjon, deriblant hjerneslag. Dette på grunnlag av at depresjon kan ha svært negativ innvirkning på sykdomsforløp og utfall etter somatisk sykdom, sammen med at det kan bidra til svikt i etterlevelse av rehabiliteringen. Eksempler på slike kartleggingsverktøy er Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) og Geriatric Depression Scale (GDS) hos eldre (Helsedirektoratet, 2009, s.25).

2.5 Forebyggende arbeid

Ifølge Mæland (2015, s.13) er forebyggende helsearbeid en kombinasjon av å forebygge sykdom og fremme helse. Det innebærer å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagen. I tillegg handler det om å hindre sykdom, skade og tidlig død. Å hindre at sykdom oppstår kalles *primær sykdomsforebygging*, mens å hindre at sykdom kommer tilbake kalles *sekundær sykdomsforebygging*. Når målet er å redusere konsekvensene sykdommen kan ha for livskvalitet og funksjon, snakker vi om *tertiær sykdomsforebygging*. Ved sykepleie til hjerneslagpasienter vil sekundær og tertiær sykdomsforebygging være relevant i det forebyggende helsearbeidet.

De viktigste sekundærprofylaksetiltakene etter gjennomgått hjerneslag er antihypertensiv, antitrombotisk og kolesterolsenkende behandling og eventuelle livsstilsendringer som røyking, fysisk aktivitet og kosthold. Videre fokus blir tertiær sykdomsforebygging, hvor målet er at pasienten mestrer sin nye livssituasjon på best mulig måte (Wergeland et al., 2017, s.313).

3 Metode

Denne bacheloroppgaven er en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie utgår fra en klart formulert problemstilling, og besvares ved hjelp av relevant forskning. Prosessen med å besvare valgt problemstilling går ut på å identifisere, velge ut, vurdere og analysere forskning med et kritisk blikk. Dersom studiet skal kunne la seg gjennomføre, er det nødvendig at det foreligger et tilfredsstillende antall studier innenfor temaet (Forsberg og Wengström, 2015, s.26-27).

I metodekapittelet vil vi beskrive hvordan vi gikk fram for å finne artikler av god kvalitet som er relevante for å besvare problemstillingen. Vi vil presentere benyttede søkeord og databaser, de inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble satt, og hvordan vi gikk frem i forhold til kvalitetsvurdering og analyse av artiklene som ble valgt.

3.1 Datainnsamling

3.1.1 Databaser og søkehistorikk

Da vi hadde bestemt oss for hva vi ønsket å skrive om i vår oppgave, begynte arbeidet med å utarbeide en problemstilling og søkeord. Til dette arbeidet benyttet vi oss av et PEO-skjema, som er et verktøy for å utarbeide søkestrategi og søkeord ut ifra valgt problemstilling. PEO står for **P**opulation (hvilken pasientgruppe), **E**xposure (hva de utsettes for) og **O**utcome (hva utfallet er) (Forsberg og Wengström, 2015, s.61). Vårt PEO-skjema ble slik:

Population	Exposure	Outcome
Hjerneslagpasienter Søkeord: Stroke Stroke patients Post stroke	Depresjon Søkeord: Depression	Sykepleiers rolle i identifisering og forebygging av depresjon etter hjerneslag Søkeord: Nursing Nursing interventions Nursing care Nurses Prevention Assessment

Søkeordene som ble benyttet var «stroke», «stroke patients», «post stroke», «depression», «nursing», «nursing interventions», «nursing care», «nurses», «prevention» og «assessment». Vi benyttet boolske operatører for å kombinere søkeordene. Boolske operatører består av ordene «AND», «OR», og «NOT», og brukes for å kombinere søkeordene for å finne relevant forskning. Bruk av «AND» benyttes for å finne søkeresultat som inneholder begge ordene man søker på. For eksempel «stroke patients» AND «depression». På denne måten begrenser man søket til resultater som inneholder begge ordene. Operatøren «OR» brukes når man skal utvide søkeresultatet. Ved bruk av «stroke patients» OR «depression» vil man få resultater fra begge disse

ordene, uten at funnene nødvendigvis inneholder begge. Vi har ikke benyttet oss av «NOT» i vårt søk, som er en metode for å inkludere et søkeord og ekskludere et annet (Forsberg og Wengström, 2015, s.69).

Det systematiske litteratursøket for denne oppgaven ble gjennomført fra høsten 2019 til våren 2020. Før vi begynte den systematiske søkeprosessen gjorde vi søk i ulike databaser og på Google Scholar for å gjøre oss kjent med å søke og få et innblikk i utvalget av forskning. I vårt litteratursøk har vi gjort søk i følgende databaser: CINAHL Complete, Medline, Swemed+, PubMed og Cochrane Library. Vi har i tillegg gjennomført et håndsøk i Sykepleien Forskning. Gjennom søkeprosessen kom det fram at mange av de samme artiklene gikk igjen i ulike databaser. Dette resulterte i at vi kun inkluderte søkene fra CINAHL Complete, PubMed og Sykepleien Forskning i vår søketabell, selv om vi gjennomførte søk i de tidligere nevnte databasene. Denne metoden ble valgt på grunnlag av at det var disse databasene som hadde flest relevante treff for vår problemstilling.

I vår søkeprosess gikk vi først gjennom overskriftene på søkeresultat, deretter gikk vi inn på de ulike forskningsartiklene vi mente kunne belyse vår problemstilling for å lese abstrakter. Dette resulterte i 99 leste abstrakter. Videre ble abstrakter som ikke møtte våre inklusjonskriterier ekskludert. Vi satt da igjen med 24 artikler, og etter videre kvalitets- og relevansvurdering endte vi opp med åtte inkluderte artikler.

Mot slutten av søkeprosessen ønsket vi å søke spesifikt på artikler som inneholdt ordet «nursing intervention/s» i tittelen. Dette på grunnlag av at de tidligere søkene ga mange resultater som ikke alltid hadde riktig perspektiv. Vi brukte da søkeordene «nursing interventions» OR «nursing interviention» AND «stroke» AND «depression», og krysset av for at disse ordene skulle finnes i tittelen. Dette førte til et resultat i PubMed, men denne artikkelen hadde feil perspektiv. Vi valgte derfor å ta vekk «depression» fra søket. Resultatet ble 13 artikler, hvor åtte ble vurdert og to inkludert i studien. Samme søk ble gjennomført i CINAHL Complete og Cochrane Library uten at flere studier ble inkludert.

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å innhente forskningsartikler med god kvalitet og relevant innhold, var vi ute etter artikler med IMRaD-strukturen. Denne strukturen er den mest brukte for oppbygging og struktur av den enkelte artikkel (Dalland, 2013, s.79-80). Vi satte en tidsbegrensning på at artiklene skulle være publisert i perioden 2009-2020 for å anvende nyere forskning i oppgaven. I tillegg måtte artiklene være fagfellevurdert, inneholde abstrakt, være skrevet i fulltekst og publisert i et tidsskrift. De må også være etisk godkjent, enten i form av formelle godkjenninger eller møte de krav til god yrkesetikk som foreligger. Vi ekskluderte artikler som hadde pasient- eller pårørendeperspektiv, da vår oppgave har et sykepleieperspektiv. Dersom studiene inneholdte flere perspektiver, var det kun sykepleiers perspektiv som var relevant. Vi valgte å ikke sette noen geografiske begrensninger i vår oppgave.

3.2 Kvalitetsvurdering

Ved vurdering av forskningsartiklene står vi selv ansvarlig for å være kritiske. Kvalitetsvurdering vil si at vi gransker bruken av våre kilder i aktuelle studier. En må

kunne se muligheter og begrensninger datamaterialet innebærer og ta hensyn til dette i vurderingen (Dalland, 2013, s.145).

Første steg i kvalitetsvurderingen var å undersøke om de foreløpig inkluderte artiklene hadde IMRaD-struktur. IMRaD står for Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon (Dalland, 2013, s.79-80). Deretter benyttet vi oss av Forsberg og Wengström (2015, s.191-207) og Helsebiblioteket (2016) for forskning ved gjennomgang, for å kvalitetssikre studiene vi hadde funnet. I henhold til sjekklister var de inkluderte artiklene av akseptabel kvalitet. Ved bruk av slike sjekklister kan man systematisk vurdere formål, hensiktsmessig metode, etiske forhold, oppnådde resultater, gyldigheten av resultatene og om resultatene fra forskningen kan være relevante i praksis. Gjennom sjekklister får man tips underveis, og veiledning gjennom de ulike punktene. Det er utarbeidet egne sjekklister for ulike typer forskning, som har mange fellestrekk. Likevel inneholder de sjekkpunkter som er spesielt utformet for de ulike forskningsmetodene, og vi har derfor brukt de sjekklister som stemmer overens med metoden som er brukt i de ulike studiene.

Artikkelen av Halvorsrud, Pahr og Kvarme (2014) omhandler ikke hjerneslag, men hvordan hjemmesykepleieren best mulig kan oppdage depressive symptomer hos den nedstemte pasienten. Vi valgte å inkludere denne artikkelen da den gir et kvalitativt syn på hvordan sykepleier går fram i arbeid med pasienter som viser depressive symptomer.

For å vurdere kvaliteten på tidsskriftene artiklene var publisert i, benyttet vi oss av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjenestes register over vitenskapelige publiseringskanaler. Vi inkluderte de tidsskriftene som hadde godkjenning 1 eller 2, hvor 2 er høyest rangering (NSD, 2020). Resultatet av søket ble en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ forskning, forskning med kombinerte metoder og systematiske oversiktsstudier. Vi har funnet forskning vi mener kan være relevante artikler i besvarelsen av vår problemstilling. Vårt litteratursøk førte til totalt åtte forskningsartikler.

3.3 Etiske vurderinger

Ifølge Dalland (2013, s.96) handler forskningsetikk om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatet. Forskningens mål om å tilegne nye kunnskap og innsikt skal ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Inkluderte studier i denne oppgaven, er vurdert etisk gode. Før man gjennomgår studiene, er det sentralt å kjenne til hva de etiske overveielser innebærer. Ettersom de inkluderte artiklene har forskjellig metodisk tilnærming ble det dermed også ulike etiske vurderinger i de ulike artiklene. Alle studiene med unntak av de oversiktsstudiene vi har valgt i vår oppgave er godkjent av etisk komité. Deltakerne i studiene ble anonymisert, fikk tilstrekkelig informasjon om undersøkelsen, gav samtykke til å delta og hadde mulighet til å trekke seg underveis om ønskelig. I litteraturstudiene har vi selv gått inn i originalartiklene til disse for en gjennomgang av etiske vurderinger. Resultatet viser at de artiklene vi har inkludert er av etisk god standard.

3.4 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s.152) handler analysearbeidet om å avdekke hva materialet vi undersøker forteller oss. En analyse kjennetegnes av å dele opp fenomenet

i mindre deler og undersøke dem hver for seg, deretter settes de sammen til en helhet. Vi har brukt en innholdsanalyse. Dette innebærer at man systematisk klassifiserer data steg for steg for å identifisere gjennomgående tema, hvor målet er å beskrive og bedømme spesifikke fenomen. Til vår oppgave har vi valgt å bruke Evans (2002) sin metode for innholdsanalyse. Denne måten å analysere forskning på består av fire steg:

Steg 1 – Samle inn datamaterialet.

I dette steget samler man inn data for å belyse problemstillingen (Evans, 2002). Hvordan vi gikk fram på dette punktet ble nærmere forklart i punkt 3.3.1 – Databaser og søkehistorikk. Steget resulterte i åtte forskningsartikler som skulle analyseres.

Steg 2 – Identifiser nøkkelfunn

Handler om å bearbeide og analysere hver enkelt studie/artikkel for å identifisere nøkkelfunn. Det er kun resultatene fra selve studien og ikke annen litteratur som er relevant. Disse nøkkelpunktene blir utgangspunktet for analysen (Evans, 2002).

I denne delen definerte vi hva artikkelen handlet om, og lagde koder for å skille de ulike funnene. Vi leste én og én artikkel hver for oss, for deretter å diskutere innholdet for å forsikre oss om at vi hadde lik forståelse av innholdet. Samtidig ville vi avdekke om en av oss oppdaget noe den andre hadde oversett. Videre opprettet vi et dokument der nøkkelfunn og sentrale temaer fra hver artikkel ble skrevet ned.

Steg 3 – Vurder studiene i forhold til hverandre

Dette steget handler om å vurdere studiene i forhold til hverandre. Hensikten er å sammenligne nøkkelfunn for å finne felles hovedtemaer som går igjen i de ulike studiene. Ut ifra disse hovedtemaene kan man identifisere undertema (Evans, 2002).

Etter å ha hentet de viktigste funn fra hver artikkel, gjennomgikk vi dokumentet for å studere forskjeller og likheter. Vi plasserte funnene som gikk igjen i kategorier. Videre ble hovedkategoriene samlet til følgende temaer:

- Utvikling av sykepleiers kompetanse
- Sykepleier-pasient-forholdet
- Identifisere pasientens psykiske tilstand
- Forebyggende sykepleie

Etter at vi hadde identifisert de ulike hovedfunn og tema, lagde vi en tabell med inkluderte undertemaer:

Hovedfunn	Undertema
Utvikling av sykepleiers kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> • Opplæring og kunnskap • Iverksette rutiner
Sykepleier-pasient-forholdet	<ul style="list-style-type: none"> • Skape relasjon • Åpenhet og kunnskap • Informere • Kontaktledd
Identifisere pasientens psykiske tilstand	<ul style="list-style-type: none"> • Tidlig i sykdomsforløpet • Fokus på psykisk tilstand • Rutinearbeid • Opplæring
Forebyggende sykepleie	<ul style="list-style-type: none"> • Iverksette tidlige tiltak • Redusere forekomst

Steg 4 – Bruk funn til å beskrive fenomenet

Handler om å presentere og gjøre rede for de ulike funnene som er identifisert i steg 3, funnene som er avdekket etter analysen skal besvare problemstillingen. Tema og underkategorier redegjøres i form av en analytisk tekst, og vil i denne oppgaven bli presentert i resultatkapittelet (Evans, 2002).

4 Resultat

I dette kapitlet vil vi presentere en sammenfatning av sentrale funn fra litteratursøket, med utgangspunkt i kategoriene fra analysestrategien: utvikling av sykepleiers kompetanse, sykepleier-pasient-forholdet, identifisering av pasientens psykiske tilstand og forebyggende sykepleie. Innholdet i kategoriene vil hjelpe oss med å besvare problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier bidra til å identifisere og forebygge depresjon hos pasienter rammet av hjerneslag?*

4.1 Utvikling av sykepleiers kompetanse

Et sentralt funn er at sykepleiere i studiene ser behovet av å ha tilstrekkelig kunnskap om sykepleie til hjerneslagpasienter. God og helhetlig sykepleie kan bidra til reduksjon i liggetid på sykehus og bedre livskvalitet i etterkant. I arbeidet med hjerneslagpasienter, bør en være kjent med sykdommens somatiske og psykiske aspekter. Sykepleie til hjerneslagpasienter krever stadig oppdatering for bevisstgjørelse i pleien som utøves. Ved god kunnskap om riktig behandling, kan sykepleier bidra til å bedre fysiske og psykiske utfall (Bjartmarz, Jónsdóttir & Hafsteinsdóttir, 2017; Theofanidis & Gibbon, 2016).

Spesifikke rutiner for sykepleiere i arbeid med slagpasienter viser seg å bidra til økt kontinuitet, sammen med at hensiktsmessige tiltak blir implementert på et tidlig stadium. Flere av de inkluderte artiklene omhandler iverksetting av nye verktøy på arbeidsplassen. Resultatene viser at under implementeringsfasen er gjennomføringen høy, men at bruken av verktøyene kan ha en tendens til å gå ned i etterkant. Dette kan ses i sammenheng med at det ikke er blitt en del av sykepleiernes rutine i arbeidshverdagen, usikkerhet rundt bruken, og mangel på påminnelse. Slik nedgang i bruken av verktøy vil kunne medføre mangel på kontinuitet i arbeidet og forskjell i behandling av pasientene. Andre faktorer som bidrar til nedgang i bruk, er uregelmessige arbeidstider og periodevis få hjerneslagpasienter innlagt i avdeling (Bjartmarz et al., 2017; de Man-van Ginkel et al., 2012; McCurley et al., 2019; Van Dijk, Hafsteinsdóttir, Schuurmans & de Man-van Ginkel, 2018).

I studien til Bjartmarz et al. (2017) ble Stroke Nursing Guideline (SNG) utviklet for å bidra til forbedring av sykepleie til hjerneslagpasienter i alle områder av behandlingen. Innføring av SNG gjorde sykepleiere mer oppmerksomme på depressive symptomer, som videre bidro til økt kvalitet på pasientpleien. En helhetlig tilnærming til pasienten bidrar til å fremme psykisk helse, både i akutt- og rehabiliteringsfase. Sykepleier kan hjelpe pasienten med å forstå konsekvensene av tilstanden, dens begrensninger og sørge for en realistisk forståelse av rehabiliteringen.

«Less visible aspects of nursing now received more attention and recognition.”
(Bjartmarz et al., 2017, s.8)

4.2 Sykepleier-pasient-forholdet

Sykepleierne opplever at pasienter ofte unngår å snakke om sin psykiske tilstand om de ikke spørres direkte. Tidspresset sykepleiere opplever på arbeidsplassen er et kjent problem, også blant pasientene. De ønsker ikke å være til bry. Den slagrammede opplever ofte en sjokktilstand, som kan være en hindring i å sette ord på egne følelser. Sykepleier må derfor ta ansvar, vise pasientene at deres psykiske helse har betydning, og gjøre de mer bevisst på egne følelser. Ofte kan depressive symptomer forveksles med alderdom, som konsekvens av hjerneslag eller andre lidelser, og derfor bli oversett (Hadidi, Wagner & Lindquist, 2017; Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014; Theofanidis & Gibbon, 2016).

Sykepleier har mest kontakt med, og blir best kjent med pasienten. I studiene løfter sykepleierne frem betydningen av å komme følelsesmessig nær pasienten og lytte til detaljer i kommunikasjon. Ved å fange opp symptomer som gir eventuelle bekymringer vedrørende pasientens psykiske helse, kan sykepleier bringe dette videre og derav gjøre noe med det. Derfor er det viktig at sykepleier fungerer som et godt kontaktledd mellom pasient, andre yrkesgrupper og pårørende. God og tydelig kommunikasjon med både pasient og pårørende er avgjørende for at de skal få en følelse av ivaretagelse og tilstrekkelig behandling. Sykepleier og andre i behandlingsteamet sin evne til å engasjere og motivere er avgjørende for pasientens videre behandlingsløp (Halvorsrud et al., 2014; McCurley et al., 2019; Theofanidis & Gibbon, 2016).

«Å åpne seg og fortelle om sine vansker, krever at det er utviklet en god relasjon og ikke minst at det er tid til å snakke sammen.» (Halvorsrud et al., 2014, s.246)

4.3 Identifisering av pasientens psykiske tilstand

Sykepleier kan bidra til å forebygge langvarige psykiske kroniske plager hos pasientene ved å ivareta deres psykiske tilstand. Forskingen viser at depresjon ofte er både udiagnostisert og ubehandlet, og at det er et svært alvorlig problem med behov for mer oppmerksomhet i daglig pleie. Psykiske plager over tid kan medføre nedsatt effekt av behandling. Sykepleierne ser nytteverdien av å være bevisst på å være bevisst på depressive symptomer og fokusere på pasientens psykiske tilstand tidlig i sykdomsforløpet (de Man-van Ginkel et al., 2012; McCurley et al., 2019; Theofanidis & Gibbon, 2016; Van Dijk et al., 2018). I studien til Van Dijk et al (2018) uttrykker sykepleiere behov for etterutdanning, sammen med opplæring i bruk av kartleggingsverktøy. Dette vil kunne bidra til økt pleiekvalitet i møtet med nedstemte hjerneslagpasienter. En kombinasjon av identifisering og iverksetting av tiltak vurderes som effektivt i det forebyggende arbeidet.

As nurses in hospital settings are in close contact with patients 24/7, they are often the first to observe signs of symptoms of depression and should therefore be able to perform an initial assessment using standardized screening measures and if necessary request a consultation. (Theofanidis & Gibbon, 2016 s.149)

Sykepleiere forteller i studiene til Bjartmarz et al., (2017) og Van Dijk et al. (2018) at ved økt fokus på psykisk helse, ble de mer bevisst over hvordan hjerneslagpasientene faktisk har det og opplever situasjonen de står ovenfor. Dette bidro til økt oppmerksomhet på områder som har hatt mindre fokus tidligere. I Halvorsrud et al. (2014) forklarer sykepleiere at det er nødvendig å skape en god relasjon til pasienten. En

må uttrykke at man har tid, til tross for travle arbeidsdager. På denne måten kan pasienten uttrykke eventuell nedstemthet i form av kroppsspråk, samtale og endringer i vante mønstre som kan observeres av sykepleiere.

Sykepleiere hevder at strukturert kartlegging kan hjelpe å identifisere symptomer på depresjon. Dersom kartleggingen skal kunne gjennomføres i en travel avdeling, må det introduseres som en fast rutine. Ved benyttelse av kartleggingsverktøy og oppdagelse av depressive symptomer tidlig i forløpet, kan sykepleiere bidra til å redusere videre utvikling. Selve gjennomføringen bør være rask og enkel, sammen med at verktøyet må være pålitelig og gyldig. For at kartleggingen skal kunne benyttes i praksis, kreves det opplæring i forkant. Sykepleierne var positive til å innføre kartleggingen som en fast rutine. Å rette oppmerksomheten mot pasientens psykiske tilstand bidro til individualisert omsorg og økt pleiekvalitet. Tidsressurser er en faktor som hemmer identifisering av depresjon. For at det skal være mulig å gjennomføre kartlegging, er det helt vesentlig at verktøyet kan benyttes i en travel avdeling (Van Dijk et al., 2018; de Man van-Ginkel et al., 2012).

«The routine use of a depression screening instrument in the daily care of stroke patients should increase the early recognition of depression by nurses.» (de Man-van Ginkel et al., 2012, s.334)

4.4 Forebyggende sykepleie

Funn fra analysen viser at tidspress, uregelmessige arbeidstider, fokus på funksjonell opptrening og manglende støtte fra andre profesjoner i det tverrfaglige teamet, er faktorer som hindrer sykepleiere i å gi pasientene et fullverdig tilbud når det kommer til forebyggende tiltak mot depresjon. Manglende kunnskap om depresjon og aktuelle tiltak nevnes av sykepleiere som en faktor som setter begrensninger i benyttelse av tiltak. En fellesnevner er at sykepleierne ser nytteverdien av å iverksette forebyggende tiltak mot depresjon, og at de har et ønske om å lære mer. Kombinasjon av kartlegging og forebyggende tiltak viser seg å kunne være effektivt, og anbefales innført som rutine. Gjennom studiene kommer det fram at dersom nye intervensjoner ikke iverksettes som rutine, vil de med tiden kunne bli glemt og ikke bli gjennomført (de Man-van Ginkel et al., (2010); Hadidi et al., (2017); Van Dijk et al., 2018)

«...the culture on the ward hinders its applications. It makes you less motivated when other disciplines do not recognize the importance of addressing the psychological needs of patients.» (Van Dijk et al., 2018, s.2887)

I studiene trekkes det frem grunnleggende faktorer som er sentrale i forebyggingen, og som bør være tilstede fra behandlingsstart. Faktorene som nevnes er riktig kosthold, gode rutiner, tilstrekkelig med søvn, sosial støtte fra helsepersonell og pårørende, og pasientens fysiske funksjon. Når pasientens grunnleggende behov dekkes, er det enklere for sykepleiere å iverksette forebyggende tiltak. Forebyggende ikke-medikamentelle tiltak som viste seg å være effektive var: tilstrekkelig informasjon til både pasient og pårørende, samtaleterapi, motiverende intervju, jevnlig fysisk aktivitet og støtteprogram tilpasset hver enkelt pasient. Det understrekes at selve observasjonen av symptomer på depresjon er en like viktig del av arbeidet som det å iverksette tiltak (de Man-van Ginkel et al., 2010; Hadidi et al., 2017; Van Dijk et al., 2018).

«Nurses see observation, assessment and interpretation of the observed symptoms as important part of their role in the rehabilitation of patients with stroke, along with initiating, administering and monitoring therapeutic interventions.” (de Man-van Ginkel et al., 2010, s.3275)

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Høsten 2019 utarbeidet vi en prosjektplan for bacheloroppgaven. Prosjektplanen fungerte som en disposisjon for videre arbeid med oppgaven. Problemstillingen ble endret underveis, fra å ha hovedfokus på kartlegging til å bli en problemstilling der vi vektla sykepleiers rolle i identifisering og forebygging av depresjon etter hjerneslag. Vi startet tidlig med å søke etter relevante forskningsartikler som kan besvare vår problemstilling. Dette var en krevende prosess som tok mye tid. Før vi begynte søkeprosessen fikk vi veiledning i systematisk litteratursøk, noe som har vært til stor nytte. Vår metode har tatt utgangspunkt i Forsberg og Wengström (2016) og Evans (2002)

Gjennom prosessen har vi tilegnet oss ny kunnskap. Vi har lært av feil og tatt med oss erfaringer videre. Å finne forskning med et rent sykepleieperspektiv viste seg å være mer krevende enn vi først trodde. Mye av forskningen omhandler pasient- og pårørendeperspektiv eller er en kombinasjon av flere perspektiv. Likevel mener vi at forskningen bidrar til at vi kan besvare problemstillingen på en god måte.

Før oppstart av arbeidet med bacheloroppgaven, kjente vi til hverandres studieteknikk og arbeidsmetoder. Vi mener at vårt gode samarbeid er en sterk ressurs. En utfordring har vært å oversette artiklenes fagspråk fra engelsk til norsk, uten å miste hovedbudskapet. Vår erfaring med hjerneslagpasienter er en av våre sterke sider. Vi har fått et godt innblikk i hvordan sykepleier på slagavdeling jobber, både i akutt- og rehabiliteringsfase. Dette har bidratt med å kunne relatere forskningen til praksis. Grunnet covid-19-pandemien, ble ikke skriveprosessen gjennomført som planlagt. Vi har måttet være kreative, og funnet andre løsninger i forhold til kommunikasjon og faglitteratur. Mye av samarbeidet har foregått på Skype. Det var vanskelig å få tilgang på relevant faglig litteratur da bibliotekstjenesten ikke var optimal. Vi har derfor funnet faglitteratur på nettsider som Helsedirektoratet, Sykepleien Forskning og Norsk sykepleierforbund.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen av oppgaven vil vi diskutere resultatene i lys av funn i studiene og teoribakgrunn. Ved å knytte funnene sammen vil vi besvare oppgavens problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til å identifisere og forebygge depresjon hos pasienter rammet av hjerneslag?

5.2.1 Utvikling av sykepleiers kompetanse

Våre funn belyser nødvendigheten av sykepleiers kunnskap om behandling til hjerneslagpasienter, både når det gjelder somatiske og psykiske aspekter. Som sykepleier har man et ansvar for å holde seg faglig oppdatert om forskning og utvikling på eget fagfelt. Den sykepleieren som utøves skal bygge på erfaringsbasert kunnskap og forskning, og sykepleieren er selv ansvarlig for at egen yrkesutøvelse er faglig, juridisk og etisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Gjennom funn gjort i analysen kommer det fram at manglende kunnskap, oppmerksomhet og rutine er faktorer som kan medvirke til at depresjon etter hjerneslag forblir underdiagnostisert (Bjartmarz et al., 2017; de Man-Van Ginkel et al., 2010; Van Dijk et al., 2018).

Sykepleier er en viktig del av et tverrfaglig team, da han eller hun er tilstede gjennom hele døgnet for observasjon av vitale funksjoner og ivaretagelse av grunnleggende behov. Selve sykepleieprosessen består av problemformulering med fokus på konsekvenser for pasientens grunnleggende behov, datasamling og klinisk vurdering, iverksettelse av tiltak og evaluering av disse. Sykepleier har ofte en koordinerende rolle i teamet og for pasientens rehabiliteringsplan, i tillegg til å være kontaktledd mellom pårørende og kommunehelsetjenesten (Wergeland et al., 2017, s.314-315). I et tverrfaglig samarbeid arbeider flere yrkesgrupper sammen for å kunne gi pasienten best mulig rehabiliteringstilbud. De ulike profesjonene kan lære av hverandre, og sammen bidra med sin kompetanse inn i pasientens behandling. Gjennom et slikt samarbeid kan man nå et felles mål med en helhetlig tilnærming (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s.80-81). I tråd med egne erfaringer, ser vi at den tverrfaglige kompetansen er avgjørende for pasientens behandlingsresultat. De ulike yrkesgruppene er avhengig av hverandres unike kunnskaper og praktiske ferdigheter.

Sentrale funn viser at rutiner for sykepleiere i behandlingen av hjerneslag kan bidra til å øke kvaliteten i pleien som blir gitt. Nøkkelord er bedring av kontinuiteten i arbeidet og tidlig avdekking av problemer og dermed tidligere iverksettelse av tiltak. Faktorer som kan bidra til at rutiner ikke blir overholdt er uregelmessige arbeidstider, usikkerhet rundt gjennomføring og mangel på påminnelse. I et helsevesen som er i kontinuerlig endring, er det behov for kompetanseutvikling hos sykepleierne. Både enkeltmennesker og avdelingen som helhet har et økende kompetansebehov (Kristoffersen, 2017a, s.184-185). Av erfaring fra arbeid og praksisstudier, ser vi at internundervisning og fagdager er nyttige metoder sykepleiere kan tilegne seg mer kunnskap på. På den måten kan man som kolleger samarbeide for å bedre kunnskapsnivået.

I studiet til Bjartmarz et al. (2017) belyses Stroke Nursing Guideline som en veileder i sykepleie til hjerneslagpasienter. Veilederen kan hjelpe sykepleiere å følge retningslinjer systematisk, med fokus på fysisk trening, mobilitet, smerte, pasientopplæring/undervisning og planlegging i den daglige pleien. Kontinuitet i arbeidet

bidrar til forbedring i pasientenes ADL-funksjon og mobilitet, i tillegg til bedre dokumentasjon blant sykepleiere. Ifølge Mæland (2015, s.14) er det her tertiær sykdomsforebygging kommer inn i sykepleier sitt arbeid, hvor målet er å redusere følgene sykdommen får for pasientens fysiske funksjon og livskvalitet. Ved god medisinsk oppfølging og riktig rehabilitering kan hjerneslagpasienter gjenvinne tapt funksjonsevne, og derav oppleve mestring og økt livskvalitet. Travelbee (2001, s.48) forklarer at en sykepleier har to sentrale hovedfunksjoner, som er deres viktigste bidrag i det tverrfaglige teamet. Den første funksjonen er å hjelpe den enkelte pasient, pårørende eller samfunnet til å *forebygge* eller *mestre* sykdom. Den andre funksjonen er å hjelpe pasient, pårørende eller samfunnet med å finne *mening* i sykdom. Sykepleier har muligheten til å utøve disse funksjonene på en kompetent måte, på grunnlag av sin utdanning, innsikt og sine ferdigheter.

Et av sykepleiers ansvarsområder er å lede og organisere sykepleietjenesten innenfor sin egen virksomhet, men også på tvers av tjenestetilbudene. I praksis betyr dette at ulike helsetjenester jobber sammen for å kunne gi pasientene best mulige helsetjenester (Kristoffersen, 2017b, s.222). Samhandlingsreformen gir pasientene krav på rett behandling, på rett sted og til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s.1). En helhetlig behandling forutsetter et godt samarbeid mellom de ulike aktørene som yter helsehjelp til pasienten. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s.36). Dette gir sykepleier og andre i behandlingsteamet en mulighet til å kunne videreformidle eventuelle oppfølgingsbehov pasienten måtte ha, uavhengig om det er kommunale helsetjenester, fastlege eller andre aktører.

5.2.2 Sykepleier-pasient-forholdet

Som sykepleier er det viktig å ta seg god tid på forberedelser og informasjon, samtidig som man viser overfor pasient og pårørende at man er tilgjengelig. God forberedelse og tilstrekkelig informasjon vil bidra til at pasient og pårørende er bedre rustet til å ta vare på seg selv og hverandre etter utskrivelse (McCurley et al., 2019; Theofanidis & Gibbon, 2016). Vi har selv erfart at hjerneslagpasienter ofte har behov for gjentakende informasjon, både skriftlig og muntlig. Resultatene fra studien til Halvorsrud et al. (2014) viser at forholdet mellom sykepleier og pasient har stor betydning for oppdagelse av symptomer på depresjon og mulighet for iverksettelse av forebyggende tiltak.

Sykepleier må ha kunnskap om at hjerneslagpasienten kan være i en sjokkfase, hvor hele situasjonen kan oppleves som et emosjonelt kaos. Plutselig har livet fått en stor omveltning, og pasienten har derfor behov for gjentatt informasjon. I sjokkfasen kan pasient og pårørende ha vansker med å bearbeide situasjonen og ta alt innover seg. Et av sykepleiers ansvarsområder er å forberede pasienten på tiden som kommer, da han eller hun kan bidra til å hjelpe både pasient og pårørende med å håndtere den psykiske påkjenningen hjerneslag kan medføre (Håkonsen, 2014, s.256).

I studien til Halvorsrud et al. (2014) forklarer sykepleierne at relasjon og nærhet til pasienten er en god forutsetning for videre behandlingsløp. Dette er i samsvar med Travelbee sin teori om at sykepleier etablerer et likeverdig menneske-til-menneske-forhold med pasienten. For å skape en slik relasjon, må sykepleier og pasient forholde seg til hverandre som to unike menneskelige individer, ikke som "sykepleier" og "pasient". Et menneske-til-menneske-forhold vil gjøre det mulig å oppfylle sykepleiers

mål og hensikt, som er å hjelpe pasienten med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse ved å finne mening. Ved at sykepleier bruker seg selv terapeutisk, kan det hjelpe pasienten med å akseptere sin sårbarhet som menneske og bevare håp (Travelbee, 2001, s.171-172). Dette kommer også tydelig frem i studien til McCurley et al. (2018) hvor deltakende sykepleiere anbefaler å identifisere de negative tankene pasienten opplever, samtidig som en ivaretar pårørende og deres opplevelse av situasjonen. Sykepleier bør bidra til å rette fokuset på dagen og nåtiden, fremfor manglende fremgang og sammenlikning med hvordan livssituasjonen var før hjerneslaget.

I den terapeutiske relasjonen skapes et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, som innebærer at pasienten opplever sykepleier som en som bryr seg og prøver å forstå hans eller hennes situasjon. Tillit handler også om at sykepleieren takler å høre det pasienten forteller. Når pasienten utvikler tillit til sykepleieren, vil det gjøre det mulig å snakke og bearbeide de følelsesmessige, tankemessige, atferdsmessige og relasjonelle forstyrrelser pasienten opplever (Håkonsen, 2014, s.401). Dette er i overensstemmelse med funn fra artikler og egne erfaringer, da vi har erfart at pasientene åpner seg mer ved at vi som pleiere lytter og viser at vi bryr oss. Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som pleieren anvender gjennom hele hjelpeprosessen. Vår nonverbale, bekreftende kommunikasjon bidrar til å bygge opp tillit, motivasjon og trygghet (Eide og Eide, 2012, s.198-199).

En viktig sykepleieroppgave er å formidle håp. Sykepleier kan hjelpe den syke med å bevare håpet ved å være villig til å hjelpe, og vise at hun eller han er tilgjengelig. Når pasienten snakker om sin opplevelse av situasjonen, må sykepleieren lytte og vise omsorg. Vi kan ikke fysisk gi håp til andre mennesker, men vi kan gjøre vårt beste for å legge til rette for at den syke skal bevare håpet (Travelbee, 2001, s.124). Fra egne erfaringer ser vi at det er enklere for pasienter å stille spørsmål rundt fysiske konsekvenser av sykdom, fremfor psykiske. Vi som sykepleiere må se hele pasienten, og bidra til å fokusere på det positive fremfor det negative.

Møtet med mennesker som opplever en krise, stiller store krav til personlige egenskaper og faglig innsikt. Oftest er den personlige kontakten mellom mennesker det viktigste vi kan bidra med. For å kunne bearbeide en krise, er støtten fra andre ofte helt avgjørende. (Håkonsen, 2014, s.258). Dette samstemmer med funn fra studien til Halvorsrud et al. (2014) som understreker betydningen av relasjonen mellom sykepleier og pasient, som skaper rom for samtale og åpenhet. Den enkelte pasientens behov sammen med aktuell sykepleiekunnskap, skal ifølge Ehnfors et al. (2013, s.19) være styrende for hvordan sykepleier planlegger og gjennomfører nødvendig sykepleie. På denne måten blir pleien individualisert og personsentrert.

5.2.3 Identifisering av pasientens psykiske tilstand

Våre funn viser at mangel på rutine, opplæring og kompetanse av identifisering av depressive symptomer er medvirkende faktorer til at depresjon etter hjerneslag ofte blir oversett. Dette til tross for at sykepleiere har fagkunnskaper om at depresjon forekommer hyppig etter hjerneslag. Ved å være oppmerksomme på depressive tegn, kan sykepleier sørge for at pasientens psykiske velvære blir kartlagt med tanke på videre utvikling av depresjon. Dersom sykepleier identifiserer og oppdager symptomer på depresjon, kan det tas opp til diskusjon i behandlingsteamet. Sammen kan de sørge for at pasienten får den behandlingen og oppfølgingen han eller hun har behov for. Det er

sykepleier som tilbringer mest tid sammen med pasienten, og dermed har størst potensiale til å fremme pasientens behov og interesser inn i det tverrfaglige teamet (Hauken, 2012, s.184-185).

De Man-van Ginkel et al. (2012) hevder at tidlige symptomer på depresjon helst bør fanges opp allerede når pasienten er innlagt på sykehus. Strukturert screening av pasientens psykiske status kan hjelpe sykepleier å identifisere symptomer på depresjon. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ble i denne studien vurdert som et kartleggingsverktøy som er raskt og enkelt å gjennomføre. Verktøyet viser seg å være pålitelig og gyldig i klinisk bruk, samtidig som det krever minimalt med opplæring. Spørsmålene omhandler blant annet interesse, trettbarhet, søvnbehov, matlyst, konsentrasjon og selvmords- eller selvskadingstanker. En skår på 10 eller høyere vurderes som grenseverdi for depresjon.

I Norge er det gjennomført en studie hvor det samme kartleggingsverktøyet benyttes på pasienter innlagt på hjertemedisinsk sengepost. Studien viser at det kan være vanskelig å gjennomføre en slik kartlegging på sengepost, på grunnlag av kort liggetid og at pasientene er i en akuttmedisinsk fase. Som et alternativ er det foreslått å gjennomføre screening med PHQ-2, hvor man stiller de to første spørsmålene i PHQ-9. Dersom pasienten svarer ja på spørsmålene kan man fortsette med videre kartlegging (Berge et al., 2017). De to første spørsmålene i PHQ inngår også i Helsedirektoratets (2009, s.28) anbefalinger for utredning og diagnostikk av depresjon, og omhandler pasientens opplevelse av å være nedstemt og mangel på interesser og glede.

På grunnlag av at depresjon kan oppstå som konsekvens av somatisk sykdom, anbefales det rutinemessig depresjonskartlegging hos pasienter som har gjennomgått hjerneslag (Helsedirektoratet, 2009, s.28). Flere av de inkluderte studiene har undersøkt gjennomførbarheten av ulike kartleggingsverktøy. Sykepleiere har da mottatt opplæring før implementeringen av verktøyene, og hatt muligheten til å gi tilbakemeldinger underveis. Resultatene viser at å innføre verktøyene som rutine, bidrar til en betydelig økning av selve gjennomføringen. Likevel kan man se en tendens til at bruken går ned når sykepleierne ikke får påminnelser om å bruke verktøyene (Bjartmarz et al., 2017; de Man-van Ginkel et al., 2012; Van Dijk et al, 2018).

Iverksetting av nye rutiner er en omstillingsprosess. Det er arbeidsgiver som har det overordnede ansvaret, men det er også viktig at de ansatte inkluderes i planleggingen og kan gi tilbakemeldinger underveis. Justering av prosessen er et viktig punkt for at nye rutiner skal bli innført på en god måte (Befring, 2015, s.138). Gjennom tidligere erfaringer har vi ved flere anledninger opplevd iverksetting av nye rutiner. Vår opplevelse er at inkludering av ansatte, sammen med å være villig til å justere målsettingen underveis kan bidra til at nye rutiner implementeres på en god måte. Samtidig må man være oppmerksom på at en slik prosess er tidkrevende arbeid, og at samarbeid gjennom hele prosessen er en nøkkelfaktor.

5.2.4 Forebyggende sykepleie

Funnene våre viser at sykepleiere har redusert kunnskap om ikke-medisinske behandlingstiltak, men de at de ønsker å lære mer for å kunne benytte seg av det i praksis. Ved tidlig identifisering og iverksetting av tiltak, kan sykepleier bidra til reduksjon i videre utvikling av depresjon. For at det skal gjennomføres, kreves det

tilstrekkelig kunnskap og opplæring. Helsedirektoratet (2017) har utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Formålet med veilederen er å gi anbefalinger for å kunne tilby pasientene riktig behandling i alle fasene av behandlingsløpet. Både medikamentell og ikke-medikamentell behandling (støttesamtale, informasjon i form av slagskole, oppfordre til fysisk aktivitet) nevnes som alternativer.

Sykepleierens perspektiv kommer i fokus når man vurderer hvilke konsekvenser sykdommen har for pasientens grunnleggende behov, hvilke opplevelser og mestringsutfordringer den medfører, og hvilke intervensjoner som må iverksettes for å dekke behovene (Wergeland et al. 2017, s.310). Viktige funn i våre studier belyser forebyggende tiltak mot depresjon. Tiltak som viste emosjonell bedring hos pasientene, var øvelser som skal bidra til å endre tankegangen til noe positivt. Dette bestod av fysisk aktivitet, motiverende intervju, informasjon, veiledning og støtteprogram tilpasset hver enkelt pasient. Ved bruk av disse tiltakene, kan sykepleier hjelpe pasienten med å forebygge kronisk sykdom og fremme mestring. Vi mener disse tiltakene er gjennomførbare og kan anvendes på alle pasienter, ikke bare de som viser depressive symptomer (Bjartmarz et al., 2017; de Man-van Ginkel et al., 2010; Hadidi et al., 2017; Halvorsrud et al., 2014; McCurley et al., 2019).

Sykepleietiltakene som viste seg å være mest fremtredende, var:

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet tilsvarende vanlige helseanbefalinger anbefales av Helsedirektoratet (2009, s.36) for å redusere depressive symptomer. Anbefalingene er 30 minutter med moderat intensitet fem dager i uka, og det viser seg at disse anbefalingene har en antidepressiv effekt ved lett til moderat depresjon. I Norge finnes det flere ordninger for organisert fysisk aktivitet, blant annet «Aktiv på dagtid» for de som mottar trygdeytelser og kommunale tilbud. Aktivitetsnivået må tilpasses hver enkelt pasient sine forutsetninger. Forskning viser at slik tilpasning ikke påvirker helsegevinsten. Gjennom studiene til Bjartmarz et al. (2017), de Man-van Ginkel et al. (2010) og Hadidi et al. (2017) viste fysisk aktivitet og trening bedring av den psykiske helsen. Tilrettelegging for fysisk aktivitet gjennom øving på ADL-funksjoner kan bidra til å øke pasientens aktivitetsnivå, og ved å innføre det som en naturlig del av hverdagen, kan de redusere risiko for utvikling av depresjon.

Samarbeid mellom pasient og det tverrfaglige teamet i utarbeidelsen av en plan for fysisk aktivitet kan bidra til at pasienten innarbeider seg gode rutiner. Regelmessig fysisk aktivitet bidrar til mentalt og fysisk overskudd, samtidig som det styrker selvbildet og motvirker depresjon. Det virker stimulerende og bidrar til glede og økt velvære (Mæland, 2015, s. 176-177).

Motiverende intervju

Gjennom motiverende intervju diskuterer sykepleier og pasient hans personlige mål og opplevde barrierer. Målet er å oppnå den enkelte pasientens mål og motivere han til å komme frem til egne løsninger ved å støtte og ytre optimisme. Forskning viser at motiverende intervju har antidepressiv effekt (de Man-van Ginkel et al., 2010; Hadidi et al., 2017). *Problemfokuseret mestring* handler om at pasienten fokuserer på den aktuelle situasjonen og søker å endre, avslutte eller løse vanskelighetene forbundet med situasjonen. *Følelsesmessig mestring* vil si at pasienten fokuserer på de følelsesmessige

problemene, og søker å endre eller redusere følelsesmessig ubehag (Håkonsen, 2014, s. 259).

Informasjon og veiledning

Aktiv informasjon vil si gjentakende informasjon, med kontroll av at pasienten har fått med seg innholdet. I tillegg innebærer det en påfølgende plan med informasjonsskriv til pasienten. Å informere på denne måten viste seg å være effektivt, da hjerneslagpasienter og pårørende har behov for samme informasjon flere ganger grunnet situasjonen (de Man-van Ginkel et al., 2012). Både pasient og pårørende må få vite hva som har skjedd, hvorfor tilstanden er som den er, hva som skal skje videre, hvilke prøver og undersøkelser pasienten skal ta eller har tatt, og resultatet av disse. Sykepleier må ta initiativ til formidling av informasjon, og all informasjon må, som tidligere nevnt, gjentas. I tillegg er det svært viktig å informere pasient og pårørende om at depresjon ikke er en permanent tilstand, men noe som kan behandles. Informasjonen må gis på en tydelig og forståelig måte (Wergeland et al. 2017, s.325). Pasienter har en lovfestet rett på å motta informasjon om den helsehjelpen de får, i tillegg til den informasjon som er nødvendig for å forstå egen helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

Støtteprogram

Gjennom studiet til de Man-van Ginkel et al. (2010) viste det seg at spesifikt støtteprogram tilpasset hver enkelt pasients behov er et effektivt tiltak dersom det iverksettes tidlig. I en krise vil pasienten selv ofte ikke oppsøke støtte, og helsepersonell er derfor ansvarlig for å legge forholdene til rette for dette. I vanskelige perioder er det viktig å snakke med noen. Ved støtte fra helsepersonell, kan det bidra til at spenningene som skapes av bekymringer, slippes fri. Sykepleier må lytte og vise empati under samtale for å skape trygghet og kontakt (Håkonsen, 2014, s.259).

Forebyggende arbeid mot depresjon innebærer langt mer enn å identifisere depressive symptomer. Pasienter som gjennomgår sykdom og lidelse, har behov for å bli forstått. Å skape en relasjon til pasienten er en nøkkelfaktor. En viktig måte sykepleier kan hjelpe pasienten å mestre sykdom og lidelse på, er å skape en tilknytning som uttrykker at han blir sett, hørt og at han ikke er alene. Ved å vise at man vil hjelpe pasienten fordi han er den han er, og ikke på grunn av sykdommen, kan sykepleier bidra til mestring (Travelbee, 2001, s.35).

6 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven ønsket vi å finne ut hvordan sykepleiere best mulig kan identifisere og forebygge depresjon hos hjerneslagpasienter. Studien viser manglende kunnskap blant sykepleiere vedrørende pasientenes psykiske helse, og et behov for å øke kunnskapsnivået. Funnene i studien belyser viktigheten av å rette det kliniske blikket både mot pasientens fysiske og psykiske følger av hjerneslag, og viktigheten av å holde seg faglig oppdatert. Ved kunnskap om depresjon som konsekvens av hjerneslag, er det enklere å identifisere depressive symptomer tidlig i sykdomsforløpet. På denne måten kan forebyggende tiltak iverksettes tidlig, allerede under innleggelse på sykehus. Ved å gi sykepleiere undervisning og opplæring om depresjon som konsekvens av hjerneslag, bruk av kartleggingsverktøy og forebyggende tiltak, kan dette bidra til tilstanden at identifiseres tidligere og forekomsten reduseres. Sykepleiere har en unik rolle i det forebyggende arbeidet til å kunne gjøre observasjoner i forhold til pasientens psykiske tilstand, da de har mest kontakt med pasienten. Forebyggende arbeid mot depresjon handler om mer enn å benytte seg av kartleggingsverktøy. En helhetlig behandling bestående av å skape relasjon til pasienten, lytte, se og forstå, er vel så viktige tiltak som identifisering og iverksette konkrete tiltak.

Vår studie viser at økt kunnskap og klinisk kompetanse sammen med kartleggingsverktøy bidrar til tidligere identifisering av depresjon hos hjerneslagpasienter. Undervisning, opplæring og påminnelse fra arbeidsplassen vil kunne bidra til at sykepleier kan benytte sin gode posisjon til å identifisere og forebygge depresjon.

6.1 Til videre forskning

Etter litteratursøk og arbeid med denne oppgaven ser vi at det finnes mye forskning på depresjon som konsekvens etter hjerneslag. Likevel ser vi behov for mer forskning på sykepleiers rolle i arbeidet med depresjon etter hjerneslag. Vi mener at mer forskning på hva som ligger til grunn for at depresjon etter hjerneslag er en oversett diagnose, sammen med hvordan man kan få mer oppmerksomhet og rutine rundt identifisering i praksis, kan bidra til at pasientens psykososiale helse får mer fokus i daglig pleie.

Referanser

- Befring, A. K. (2015). *Helsepolitikk og ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Berge, T., Finset, A., Fjerstad, E., Henriksen, L., Hyldmo, I., Lang, N., Vego, J. & Øie, E. (2017). Kartlegging av depressive symptomer ved hjertesykdom. *Sykepleien Forskning 2017;12(60372):(e-60372)* Doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.60372
- Bertelsen, A. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I. A. Ørn, S. og Bach-Gansmo, E. *Sykdom og behandling* (s. 321-343). (2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2013) *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2015) *Nye VIPs-boken. Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Eide, H., Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner*. Samhandling, konfliktløsning, etikk. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol 20 no 2, pp. 22-26. Hentet 17/4-20 fra: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utgave). Stockholm: Natur og kultur.
- Hauken, M. (2012). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. Gammersvik, Å. Og Larsen, T. *Helsefremmende sykepleie* (s.179-200) (2.utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen* (St.meld. St. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. [Internett] Oslo Hentet 24/04-20 fra: https://www.helsedirektoratet.no/produkter/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf

- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. [Internett] Oslo. Hentet 24/04-20 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Hummelvoll, J., K. (2016). *Helt - Ikke stykkevis og delt*. (7.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M. (2013) Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien forskning 8(4)* (s.334-342) Doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0134>
- Kristoffersen, N. J. (2017a). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (s.138-191) (3.utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017b). Sykepleiers ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (s.193-265) (3.utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J (2017c). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende Sykepleie Bind 3* (s.15-80) (3.utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2017). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende Sykepleie Bind 3* (s.187-235) (3.utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven) (1999) §3-2 *Pasientens og brukerens rett til informasjon*. Hentet 07/05-20 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Mikkelsen, S. (2005) *Hva er forebygging?* [Internett] Narvik. Hentet 12/04-20 fra: <http://www.forebygging.no/artikler/2007-1998/hva-er-forebygging/>
- Mitchell, P., H. (2016) *Nursing Assessment of Depression in Stroke Survivors*. *Stroke*. 2016 January; 47 (1): e1-e3. doi: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.008362>.
- Mæland, J. (2015) *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (2020) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. [Internett] Bergen. Hentet 06/04-20 fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

- Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2019a). *Om Sykepleie* [Internett] Oslo. Hentet 31/03-20 fra: <https://www.nsf.no/om-sykepleie/artikkelliste/1212765>
- Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2019b). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Internett] Oslo. Hentet 14/05-20 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Robinson, R. G. & Jorge, R. E. (2015). Post-Stroke Depression: A Review. *The American Journal of Psychiatry*. 173:3. March 2016 p. 221-231. Doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030363>
- Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D. G. (red.) (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. (2017) Sykepleie ved hjerneslag. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. og Almås, H. *Klinisk sykepleie bind 2* (5.utg). (s.303-328) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>McCurley, J., Funes, C., Zale, E., Lin, A., Jacobo, M., Jacobs, J., Salgueiro, D., Tehan, T., Rosand, J og Vranceanu, A-M. (2018) Preventing chronic emotional distress in Stroke Survivors and their informal caregivers. <i>Neurocrit Care</i> (2019) 30:581-589. Doi: 10.1007/s12028-018-0641-6</p>	<p>Hensikten med studiet er å belyse tiltak sykepleier kan iverksette for å fremme emosjonell bedring og redusere risikoen for utvikling av depresjon hos slagpasienter og deres nærmeste pårørende.</p>	<p>Stroke, Nursing, Evidence based care, Clinical practice guidelines, Feasibility guidelines</p>	<p>To fokusgrupper bestående av 15 sykepleiere deltok i undersøkelsen. Det ble gjennomført semistrukturert intervju med 24 pasienter og deres pårørende vedrørende deres opplevelse av situasjonen og utfordringer/bekymringer.</p> <p>Sykepleiernes synspunkter vedrørende behov for struktur, metoder og tidspunkt for iverksetting av fremme emosjonell bedring kom frem i studiet.</p>	<p>Sykepleier har en sentral rolle når det kommer til å hjelpe slagpasienter og deres pårørende med å håndtere den vanskelige situasjonen. Emosjonelle plager etter hjerneslag viser seg å kunne resultere i dårlig medisinsk etterlevelse, økt dødelighet og økt hjelpebehov. Dette kan påvirke de som står pasienten nærmest, som igjen kan gi dårligere pleie. Sykepleier kan ivareta pasient og pårørende, og sørge for at de får tilstrekkelig informasjon og opplæring. God forberedelse vil gjøre dem bedre rustet til å ta vare på seg selv og hverandre etter utskrivelse, noe som også kan bidra til å forebygge kronisk sykdom senere. Sykepleierne i studiet var positive til å innføre forebyggende tiltak mot depresjon som en del av sine arbeidsrutiner. De så effekt av følgende forebyggende tiltak: Fokus på nåtiden (ikke sammenlikne med tiden før hjerneslaget), mestringsteknikker og problemløsning, informasjon og undervisning, god og tydelig kommunikasjon. Sykepleier har en viktig rolle i det tverrfaglige teamet, da det er han eller henne som har mest kontakt med pasienten og kan videreføre informasjon til teamet. For at det forebyggende arbeidet skal bli en rutine, forteller sykepleierne at de ønsker opplæring og undervisning i forkant.</p>	<p>Studien er relevant for vår oppgave da den belyser nødvendigheten av å fokusere på psykososiale konsekvenser hjerneslag kan medføre. Ved mistanke om psykiske plager, kan sykepleier iverksette forebyggende tiltak mens pasienten fortsatt er innlagt på sykehus. Tiltakene kan bidra til å forebygge psykiske plager hos både pasient og pårørende.</p>

Vedlegg 2:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>De Man-van Ginkel, J., Gooskens, F., Schuurmans, M., Lindeman, E., Hafsteinsdottir, T. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, (19) (3274-3290) Doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x</p>	<p>Hensikten med studien er å belyse sykepleiers rolle i identifisering og kartlegging av depresjon i etterkant av hjerneslag, samt identifisere effektive ikke-medisinske tiltak sykepleiere kan bruke i daglig pleie av slagpasienter.</p>	<p>Depression, nurses, nursing care, stroke, systematic review.</p>	<p>Studiet er en systematisk oversiktsstudie basert på forskningsartikler skrevet i perioden juli 1993-juni 2008. Dette vide intervallet er valgt for å finne aktuelle studier som tar for seg effektive ikke-medisinske tiltak som kan benyttes av sykepleiere. 15 artikler og ett systematisk litteraturstudie ble identifisert.</p>	<p>Sykepleier har en viktig rolle i arbeidet med slagpasienter. I studiet forteller sykepleierne at de kjenner til depresjon som konsekvens av hjerneslag, men at det er lite fokus på det i avdelingen. De ser nyttigheten av å iverksette forebyggende tiltak, og mener det bør innføres som rutinearbeid. For at det skal kunne gjennomføres, ønsker de opplæring i forkant. Tiltak som belyses og som kan bidra til å redusere forekomst av depresjon, er: gode rutiner, tilstrekkelig informasjon, samtaleterapi, motiverende intervju, fysisk aktivitet og spesifikt støttende program tilpasset den enkelte pasient.</p> <p>Depresjon kan ha negativ innvirkning på pasienters evne til å delta i rehabilitering og resultatet av rehabiliteringen. Sykepleierne som deltok mener tiltakene nevnt ovenfor med fordel kan inkluderes i den daglige pleien til slagpasienter. De kan brukes hos alle slagpasienter, ikke bare de som viser depressive symptomer.</p>	<p>Funnene i dette studiet hjelper oss å kunne besvare vår problemstilling. Sykepleierne forteller at de kjenner til depresjon som konsekvens av hjerneslag, men at det er lite fokus på forebyggende arbeid i avdelingen. Her får vi et svar på tiltak sykepleier kan benytte seg av for å bidra til redusert forekomst og alvorlighetsgrad av depresjon hos slagpasienter.</p>

Vedlegg 3:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Van Dijk, M., Hafsteinsdottir, T., Schuurmans, M., Man-van Ginkel, J. (2018) <i>Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital</i>. Journal of Clinical Nursing. (Volume 74, issue 12). Doi: https://doi.org/10.1111/jan.13806</p>	<p>Hensikten med studiet er å evaluere innføringen av depresjonskartlegging som en del av sykepleiers rutine i slagavdeling. Hos de pasientene som viser depressive symptomer, kan forebyggende tiltak iverksettes mens pasienten er innlagt på sykehus. Målet er å gripe inn så tidlig som mulig for å forebygge utvikling av depresjon.</p>	<p>Complex intervention, depression, nursing, stroke</p>	<p>Studiet er en kombinasjon av kvalitativt og kvantitativt, med før- og etterstudie. Studiet har benyttet seg av spørreundersøkelser og intervjuer (individuelle- og gruppeintervjuer) av sykepleiere. Data ble samlet inn i perioden mars 2012 til juni 2013 gjennom tre faser: før iverksetting av tiltak, underveis og etterkant av iverksatte tiltak.</p>	<p>Studiet tar for seg muligheten sykepleiere har til å benytte seg av kartleggingsverktøy for å identifisere depresjon tidlig i sykdomsforløpet hos slagpasienter. Målet er å kartlegge depresjon mens pasienten er innlagt på sykehus for å kunne iverksette forebyggende tiltak tidlig. Sykepleierne forteller at depresjonskartlegging ikke er en del av deres rutine i dag, og for at det skal gjennomføres må det innføres som en fast arbeidsoppgave. Dette krever opplæring i forkant.</p> <p>Sykepleierne som deltok opplevde kartleggingsverktøyet (Post-Stroke Depression Toolkit) som brukervennlig i avdelingen, og var positive til å innføre det som en fast rutine. Totalt 775 kartlegginger ble gjennomført gjennom denne perioden. Identifiseringen av depressive symptomer tidlig i sykdomsforløpet viste seg å redusere risikoen for videre utvikling blant slagpasientene. Hos pasientene som viser tegn til depressive symptomer, kan forebyggende tiltak iverksettes tidlig.</p> <p>Sykepleierne forteller at de ble mer bevisst på pasientenes psykiske tilstand gjennom undersøkelsen, og at dette bør ha mer fokus i den daglige pleien.</p>	<p>Studien er relevant for vår oppgave da den belyser fordelene ved at sykepleiere bruker kartleggingsverktøy som en del av sitt daglige, praktiske arbeid.</p> <p>Ved at depressive symptomer fanges opp, kan sykepleier gripe inn så tidlig som mulig ved å iverksette forebyggende tiltak. Dette vil bidra til å redusere risikoen for depresjon og konsekvensene det medfører.</p>

Vedlegg 4:

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>De Man-van Ginkel, J., Gooskens, F., Schepers, V., Schuurmans M., Lindeman, E., Hasteinsdottir, T. (2012) <i>Screening for Poststroke Depression Using the Patient Health Questionnaire</i> Nursing Research. Vol 61, No. 5, 333-341. Doi: https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31825d9e9e</p>	<p>Hensikten med studiet er å utforske klinisk bruk, gyldigheten og påliteligheten av kartleggingsverktøyene PHQ-9 og PHQ-2 hos slagpasienter. Kartleggingen gjennomføres av sykepleiere. Resultatet vil sammenlignes med resultater fra Geriatrisk Depresjonsskala.</p>	<p>Depression, screening instrument, stroke</p>	<p>Artikkelen er en kvalitativ studie. Kartleggingsverktøyet PHQ-9 ble administrert av 43 avdelingssykepleiere på 55 pasienter med intracerebral blødning eller iskemisk hjerneinfarkt som var i stand til å kommunisere adekvat.</p>	<p>Sykepleierne forteller at PHQ er et verktøy som er enkelt å bruke i sykepleiepraksis. Den viser god pålitelighet, gyldighet og klinisk bruk når den besvares av slagpasienter med evne til å kommunisere adekvat. Strukturert screening kan hjelpe sykepleiere å identifisere symptomer på depresjon allerede når pasienten er innlagt på sykehus. Sykepleierne mener PHQ var både enkelt og effektivt å bruke. Verktøyet ga nyttig informasjon som sykepleier kunne ta med inn i pleien.</p> <p>Sykepleierne beskriver depresjon som et viktig problem som har behov for mer oppmerksomhet i daglig omsorg. Lite utdanning på temaet gjør det vanskelig å kartlegge psykisk status, og kartleggingsverktøy er sjelden brukt i avdelingene tidligere.</p> <p>Strukturert kartlegging kan hjelpe sykepleiere å identifisere symptomer på depresjon. For at det skal gjennomføres, må kartleggingen innføres som en arbeidsrutine i avdelingen.</p>	<p>Studien er relevant for oss da den viser til kartleggingsverktøy sykepleiere kan benytte i kartleggingen av depresjon hos slagpasienter. Den viser til at slagpasientens psykiske tilstand bør få mer fokus i behandlingen.</p>

Vedlegg 5:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H., Hafsteinsdóttir, T. (2017). Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. <i>BMC Nursing</i> 16:72 doi: 10.1186/s12912-017-0262y</p>	<p>Hensikten med studiet er å iverksette og vurdere gjennomførbarheten av Stroke Nursing Guideline (SNG) i sykepleiers arbeid med slagpasienter og vurdere effekten av disse retningslinjene.</p>	<p>Stroke, nursing, clinical practice guidelines, evidence based care, feasibility studies</p>	<p>33 sykepleiere deltok i undersøkelsen. Fase 1: Data ble innhentet før SNG ble iverksatt i avdeling. Ble innhentet vha. elektronisk pasientjournal og pleiepersonells svar på undersøkelsene BFAI og QIT. Fase 2: SNG ble implementert i avdelingene. Dette inkluderte forskningsbasert opplæring, lederpersoner, oppslag i avdeling og påminnelser på e-post. Fase 3: Data etter implementeringen ble innhentet og det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer med de deltakende sykepleierne/medarbeiderne.</p> <p>To sengeposter på et sykehus på Island. Totalt 78 pasienter (34 før og 44 etter). 33 pleiepersonell (18 sykepleiere og 15 annet pleiepersonell) før og 25 etter (13/12). 16 (8/8) deltok i fokusgruppeintervju. 25 i rehabilitering og 8 på nevrologisk sengepost.</p>	<p>Sykepleierne som deltok i undersøkelsen konkluderte med at SNG bidro til kontinuitet i arbeidet med slagpasienter. Sykepleierne ble mer fokusert på fysisk trening, mobilitet, smerte, pasientopplæring/ undervisning og planlegging i den daglige pleien. Særlig viste resultatene forbedring i ADL-funksjoner og mobilitet, samt bedre dokumentasjon blant sykepleierne.</p> <p>SNG viste seg å være praktiske og enkle retningslinjer å følge.</p> <p>Sykepleierne har en sentral rolle når det kommer til rådgivning av pasienter angående psykisk terapi. Undersøkelsen gjorde de mer bevisst på det psykososiale arbeidet med både pasient og pårørende.</p>	<p>Artikkelen er relevant for oss da den viser til retningslinjer sykepleiere kan følge i arbeidet med slagpasienter. Retningslinjene hjelper sykepleiere å ivareta pasienten og pårørende sin psykiske helse, og bidrar til kontinuitet i arbeidet.</p>

Vedlegg 6:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Halvorsrud, L., Pahr, I., Kvarme, L. (2014). Hjemmesykepleie i møte med den nedstemte pasienten. <i>Sykepleien forskning</i>. Nr 3. 2014, s: 242-248 doi: 10.4220/sykeplei enf.2014.0133</p>	<p>Hensikten med studiet er å undersøke hvordan hjemmesykepleiere beskriver en nedstemt pasient som viser depressive symptomer, og hvilke tiltak de kan utføre innenfor deres handlingsrom.</p>	<p>Eldre, hjemmesykepleie, depresjon, livskvalitet</p>	<p>Studien er et kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer av 10 kvinnelige hjemmesykepleiere. En veiledende intervjuguide med åtte åpne spørsmål ble benyttet.</p> <p>Informantene ble bedt om å skrive ned nedstemte tegn som de oppdaget hos pasientene, og ble bedt om å skille nedstemthet fra depresjon.</p>	<p>Hjemmesykepleieren har en unik rolle når det kommer til å bli kjent med, og skape en relasjon til pasienten. Depresjon kan ofte forveksles med alderdom eller andre lidelser. Ved å kjenne pasientene er det enklere å fange opp endringer i deres vante mønster, noe som kan være tegn på utvikling av depresjon. Ved at pasienten føler seg trygg på sykepleieren, kan det bidra til at han tør å åpne seg og uttrykke følelser.</p> <p>Tiltak som virker forebyggende mot depresjon: "Det lille ekstra" (samtaler, mer sosialt samvær og enkle, kognitive teknikker), praktisk hjelp og bidra til nye eller utvidede tiltak.</p> <p>Krysspress mellom pasienten og organisasjonens krav, og tidspress kan bidra til at det ikke alltid er mulig å følge opp hver enkelt pasient.</p>	<p>Studien er relevant for vår oppdage da den belyser viktigheten av at sykepleier oppretter en god relasjon til pasientene for å bedre kunne ivareta deres psykiske helse. Depresjon kan ofte forveksles med andre faktorer, og kan derfor overses. Depresjon har behov for mer oppmerksomhet i den daglige pleien og omsorgen.</p>

Vedlegg 7:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Theofanidis, D. og Gibbon, B. (2016). Nursing interventions in stroke care delivery: An evidence-based clinical review. <i>Journal of Vascular Nursing</i>. Vol 34, Issue 4, P:144-151. Doi: 10.1016/j.jvn.2016.07.001</p>	<p>Hensikten med studiet er å belyse hvilke tiltak sykepleier bør prioritere i akuttfasen hos slagpasienter. Målet er å oppdatere sykepleiers rolle og anbefalt omsorgsnivå.</p>	<p>Stroke, nursing care, unit, conventional ward, medical ward, efficacy, treatment for stroke.</p>	<p>Studiet er en systematisk litteraturstudie, en reviewartikkel, hvor det er innhentet forskning fra databasene Medline, ELIN, Ovid og Cinahl i perioden 1990-2015.</p>	<p>Sykepleier har en sentral rolle når det kommer til pleie, behandling og opptrening av slagpasienter. Hjerneslag kan føre til funksjonstap, svakhet, tap av kontroll og personlighetsforandringer som kan føre til depresjon. Første prioritet er livreddende førstehjelp. Andre prioritet er å bidra til å fremme pasientens psykiske helse i akutt- og rehabiliteringsfase. I tillegg går jobben ut på å hjelpe familie og nærmeste pårørende med å forstå konsekvensene av tilstanden, dens begrensninger og sørge for å informere om en realistisk forståelse av rehabiliteringen og forbedringer.</p> <p>Sykepleiere forteller om deres evne til å bringe viktig informasjon fra pasienten videre til det tverrfaglige teamet, da det er spl. Som har mest kontakt med pasienten under innleggelse.</p> <p>Ved god kunnskap og opplæring kan sykepleiere redde den slagrammedes liv, redusere uførhet, redusere liggetid på sykehus og bedre psykiske og fysiske utfall i etterkant. En helhetlig tilnærming er av betydning.</p>	<p>Studien er relevant for oss da den gir et svar på sykepleiers oppgaver og ansvar i arbeidet med slagpasienter.</p> <p>Den belyser viktigheten av å kontinuerlig oppdatere kunnskapen om sykepleie til slagpasienter, både praktiske og psykososiale behandlingstiltak.</p>

Vedlegg 8:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Hadidi, N., Huna, R., Lindquist, R. (2017). <i>Nonpharmacological treatments for post-stroke depression: An integrative review of the literature</i>. Research in Gerontological Nursing, Vol 10, Issue 4. Doi: https://doi.org/10.3928/19404921-20170524-02</p>	<p>Hensikten med studiet er å vurdere effekten av utvalgte ikke-farmakologiske behandlingstiltak for depresjon etter hjerneslag.</p>	<p>Stroke, cerebro-vascular accident, depression, depressive disorder, integrative therapy, complementary therapy, treatment.</p>	<p>Studiet er en systematisk litteraturstudie, en reviewartikkel, hvor det er samlet kvalitative og kvantitative artikler og data over en periode fra 1992-2016.</p> <p>Forfatteren har samlet data fra CINAHL, MEDLINE og PsycINFO.</p>	<p>Depresjon er en svært vanlig følge av hjerneslag. Sykepleiere forteller at de har kjennskap til at depresjon kan forekomme som konsekvens, men redusert kunnskap om ikke-farmakologiske tiltak. Mange slaggpasienter har behov for rehabilitering og forebyggende tiltak som omhandler å mestre de psykiske og emosjonelle konsekvensene slag kan medføre.</p> <p>Sykepleier må være bevisst på depressive symptomer etter hjerneslag. Sykepleierne forteller at de har behov for opplæring og undervisning fra arbeidsplassen om terapeutiske tiltak de kan benytte seg av. Sykepleiere har en viktig funksjon i informasjon til pasient og pårørende. Det er viktig å informere om at depresjon kan være en konsekvens, og at det er en diagnose som er mulig å behandle. Terapeutisk behandling er individualisert, noe som betyr at behandlingen må tilpasses hver enkelt pasient.</p> <p>Tiltak/ behandlingmetoder som viste effekt var: trening og fysisk aktivitet, samtale, motiverende intervju og informasjon.</p>	<p>Artikkelen er relevant for vår oppgave da den gir et godt svar på hvorfor det er viktig å ivareta slaggpasientens psykiske helse.</p> <p>Sykepleier har en sentral rolle når det gjelder å identifisere symptomer og iverksette forebyggende tiltak.</p>

Vedlegg 9:

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
"depression" AND "stroke" OR "stroke patients" OR "post stroke" AND "nursing care" OR "nurses" OR "nursing interventions"	11/11- 19	CINAHL Complete	268	24	9	de Man- van Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdottir (2010). de Man- van Ginkel, Gooskens, Schepers, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdottir (2012) Van Dijk, Hafsteinsdóttir, Schuurmans & de Man-van Ginkel (2018)
((stroke) OR (stroke patients) OR (post stroke)) AND ((depression)) AND ((nursing) OR (nursing interventions) OR (nursing care) OR (nurses)) AND ((prevention) OR (assessment))	16/4- 20	PubMed	348	23	5	Bjartmarz, Jónsdóttir & Hafsteinsdóttir (2017) Hadidi, Huna & Lindquist (2017) McCurley et al. (2019)
((nursing intervention[Title]) OR nursing interventions[Title]) AND ((stroke[Title]))	16/4- 20	PubMed	13	8	3	Theofanidis & Gibbon (2016)
Hjemmesykepleie I møte med den nedstemte pasienten	16/4- 20	Sykepleien. no	2	1	1	Halvorsrud, Pahr & Kvarme (2014)

