

Henrik Waagan Skarbø

# Hva kan man som sykepleier gjøre for å minske risikoen for depresjon hos pasienter med hjerneslag?

Antall ord 7926

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Elisabeth Dahlborg

Mai 2022



Henrik Waagan Skarbø

# **Hva kan man som sykepleier gjøre for å minske risikoen for depresjon hos pasienter med hjerneslag?**

Antall ord 7926

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Elisabeth Dahlborg  
Mai 2022

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



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn:** 15 000 personer rammes i Norge hvert år av hjerneslag. Det er forventet et økende antall i fremtiden. 30 – 50% av hjerneslag pasienter får depresjon etter hjerneslag. Sykepleieren må ha kunnskap om dette på plass.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å øke sykepleierens kunnskap om hvordan en kan forebygge depresjon etter hjerneslag.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie. Som tar utgangspunkt i åtte forskningsartikler. Forskningsartikler som var relevant i henhold til oppgaven ble inkludert i arbeidet.

**Resultat:** Som sykepleier har en tilgang til ulike verktøy for å møte pasient med å kunne forebygge depresjon. Resultatene viser at blant annet kartleggingsverktøy, motiverende intervju, behandlingsformer (terapeutisk og medisinsk) og fysisk aktivitet har positiv effekt for å kunne forebygge depresjon hos pasienter etter hjerneslag.

**Konklusjon:** Hjerneslagpasienter med depresjon møter en på som sykepleier. Riktig verktøy er essensielt for å forebygge depresjon hos hver enkelt pasient.

# Abstract

**Background:** 15 000 people are affected in Norway each year by stroke. It is expected a increasing quantity in the future. 30 -50% stroke pasiensts get poststroke depression. The nurses need knowledge about this.

**Aim:** The aim of this study is to build up the nurses knowledge about how to prevent poststroke depression after stroke.

**Method:** Systematic litteratur review. Based on eight studies. Relevante studies according to the task was included in the work.

**Results:** A nurs do have access to diverse kind of tools in the work to prevent depression. The results shows that screening, motivational interviewing, form of treatment (therapeutic and medical) and physical activity do have a positive effect to prevent posstroke depression after stroke.

**Conclusion:** As a nurse you do meet stroke patients with depression. Right tools to the each individual is essential to prevent poststroke depression.







# Innhold

1	Innledning .....	11
1.1	Innledning og begrunnelse av tema .....	11
1.2	Hensikt og problemstilling .....	12
1.3	Begrepsavklaringer .....	12
1.4	Avgrensninger .....	13
1.5	Oversikt over oppgavens videre oppbygning .....	13
2	Teoribakgrunn .....	14
2.1	Hjerneslag .....	14
2.2	Depresjon .....	15
2.3	Omsorgsteorien – Kari Martinsen .....	15
2.4	Lover og rettigheter som slagpasient .....	17
3	Metodebeskrivelse .....	19
3.1	Systematisk litteraturstudie .....	19
3.2	Søkestrategi .....	19
3.3	Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier .....	20
3.4	Kvalitetsvurdering .....	21
3.5	Etisk vurdering .....	21
3.6	Analyse .....	21
	Steg en. ....	22
	Steg to. ....	22
	Steg tre. ....	22
	Steg fire. ....	22
	Steg fem. ....	23
4	Resultat .....	24
4.1	Møtet mellom sykepleier og pasient .....	24
4.2	Bruken av kartleggingsverktøy .....	25
4.3	Motiverende intervju .....	26
4.4	Behandlingsformer (terapeutiske og medisinske) .....	27
4.5	Fysisk aktivitet .....	28
5	Diskusjon .....	29
5.1	Metodediskusjon .....	29
5.2	Resultatdiskusjon .....	30
5.2.1	En sykepleier som ser deg .....	30
5.2.2	Depresjon, en uønsket usynlig følgesvenn .....	31
5.2.3	Den gode samtalen .....	32

5.2.4	Slaget som forandret livet.....	33
6	Konklusjon .....	35
6.1	Anbefalinger til videre forskning.....	35
	Referanser .....	36
	Vedlegg 1. ....	41
	Vedlegg 2. ....	44
	Vedlegg 3 .....	61

# 1 Innledning

## 1.1 Innledning og begrunnelse av tema

I Norge rammes hvert år ca. 15 000 personer av hjerneslag, apoplexia cerebri. En dødsårsak som er den tredje hyppigste dødsårsaken i verden, og det er forventet at antall tilfeller vil øke med 50% i de neste 25 årene om ikke forebyggingen av tilstanden blir mer effektiv (Wergeland et al., s. 303 2017).

Pasienter som har hatt hjerneslag får tilbud om rehabilitering så raskt som mulig etter akuttbehandling. Det er en stor forskjell mellom de ulike pasientene og hvilken type rehabilitering som fungerer, men det er viktig å tilpasse ut ifra pasientens behov. Rehabiliteringsprogrammet gir tilbud til barn og voksne. Barn under 16 år legges fortrinnsvis i enhet for barn og unge. Ifølge Sunnaas sykehus (Sunnaas sykehus, 2021) sine studier kan man lese at den gjennomsnittlige alderen for pasienter som var innom rehabiliteringsprogrammet i 2017 var på 52,5 år.

I denne bacheloroppgaven vil jeg skrive en oppgave med utgangspunkt i temaene sykepleier, depresjon og hjerneslag. Fokuset vil være rettet mot depresjon som følge av sorgreaksjon etter gjennomgått hjerneslag. 30-50% av pasientgruppen som har gjennomgått slag opplever depresjon som en sorgreaksjon (Wergeland et al., s. 310, 2017). Grunnen til at jeg har lyst til å skrive om dette temaet er både av faglig interesse og av personlige erfaringer som følge av at jeg selv har opplevd slag både i familie og i jobbsammenheng. På det faglige er dette et tema man som sykepleier bør ha kunnskap om for å kunne håndtere denne type pasientgruppe. Med tanke på prosentandel og tall som viser hvor mange som er rammet i større eller mindre grad av hjerneslag, vil det som sykepleier være viktig å ha kunnskap om hvilket verktøy en kan bruke for å hjelpe de forskjellige menneskene som har overlevd hjerneslag. Med bakgrunn i dette vil jeg gjennom dette prosjektet forsøke å finne svar på hva som er viktige tiltak mot depresjon, og hva man som sykepleier bør igangsette hos pasienter som har gjennomgått et hjerneslag og som nå trenger tilpasset behandling ut ifra egne forutsetninger og graden av sykdomsforløpet.

## 1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å øke sykepleierens kunnskap om hvordan en kan forebygge depresjon etter hjerneslag. Basert på mitt valg av tema og de artiklene jeg har funnet stiller jeg da med problemstillingen:

«Hva kan man som sykepleier gjøre for å minske risikoen for depresjon hos pasienter med hjerneslag».

## 1.3 Begrepsavklaringer

**Pasient.** En pasient er en person som er syk, godtar regler og normer som gjeld for en syk person under behandling i helsetjenesten. Som pasient har en både rettigheter og plikter. (Bruusgaard, 2019).

**Sykepleier.** En sykepleier jobber med å ivareta mennesker. Oppgavene til en sykepleier er varierte da menneskene er i alle aldre og faser i livet. Sykepleie er et sammensatt fag. En jobber både med hjertet og hjernen (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

**Hjerneslag.** Verdens helseorganisasjon definerer hjerneslag «en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død». Hjerneslag er et samlebegrep på et symptombilde når en mister blodforsyning helt eller delvis til deler av hjernen. Hjerneslag er ikke noe ensartet sykdom (Wergeland et al., 2017, s. 304-310).

**Depresjon.** Depresjon et latinsk ord og betyr «nedtrykking» (Hummelvoll, 2016, s.193-221). Når man er deprimert opplever man at det er en vedvarende av tristhet og nedtrykthet, samtidig en sterk skyldfølelse for virkelige eller innbilte forsømmelser. (Håkonsen, 2014, s. 254-255).

**Sorgreaksjon.** En psykisk reaksjon der en kan føle på både tristhet, oppgitthet, redsel og sinne. En knytter sorg opp mot en følelse av tap. En deler sorg opp i flere faser (sjokkfase, reaksjonsfase, reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen) (Norsk helseinformatikk, 2019).

## 1.4 Avgrensninger

Fokuset i denne oppgaven vil være hos overlevende slagpasienter etter gjennomgått hjerneslag og tiden etter gjennomgått hjerneslag der fokuset vil være å hente informasjon om artikler som har med forebyggende effekter for å kunne dempe depresjon som en sorgreaksjon etter hjerneslag.

## 1.5 Oversikt over oppgavens videre oppbygning

Videre i oppgaven vil jeg ta for meg nødvendige teorier i kapittel to for å ta med relevant kunnskap. Så bygger jeg videre opp med en metodebeskrivelse i kapittel tre, her tar jeg for meg en detaljert redegjørelse av datainnsamling, viser til analyse og prosessen rundt dette. Deretter kommer en resultat del, der sentrale funn kommer fram i kapittel fire. Diskusjonsdelen i kapittel fem her skal jeg diskutere metode og resultat. For så til slutt komme med en konklusjon av oppgaven i kapittel seks.

## 2 Teoribakgrunn

### 2.1 Hjerneslag

Hjerneslag er når en del av hjernen helt eller delvis mister sin blodforsyning. Et hjerneslag er ingen ensartet sykdom. En skiller mellom to typer hjerneslag. Hjerneinfarkt som er en tilstopping av en blodåre som fører til større eller mindre deler av hjernen. Denne typen hjerneinfarkt rammer cirka 85-90% av tilfellene. Den andre typen er hjerneblødning som er en blødning som forstyrrer blodsirkulasjon i hjernen, dette skjer som følge av en sprekk i arterie enten i hjernen eller hjernehinnen. Hjerneblødning rammer cirka 10-15% av tilfellene. Noen av de disponerende faktorene til hvorfor hjerneslag oppstår er alder, høyt blodtrykk, røyking, overvekt og lite fysisk aktivitet. Hvordan et hjerneslag påvirker hver enkelt pasient er avhengig av hvor i hjernen skaden inntreffer (Wergeland et al., s. 304 - 305, 2017).

Aldersgruppen 65 år og oppover er den største risikogruppen for å kunne bli rammet av hjerneslag (Wergeland et al., s. 303, 2017). Personer helt ned til 20-årsalderen kan bli rammet og barn, men denne gruppen er liten (Helsenorge, 2020).

Personer som får symptomer på akutt hjerneslag blir akutt innklagde med øyeblikkelig hjelp. I de fleste sykehus i Norge finner en egne slagenheter for de slagrammede. Faser i behandling (akutfase 0-24 timer / subakutfase 1 24-72 timer / subakutfase 2: 3 dager – 2 (3) uker / Overgangsfasen 2 (3) uker – 3 måneder / tilpasningsfasen: fra 3 måneder).

Hjerneslag som sykdom gir utslag i symptomer og ulike pasientproblemer. Pasienten blir mer avhengig av hjelp en tidligere og hjerneslaget gir konsekvenser for pasientens grunnleggende behov (Wergeland et al., s. 305 - 312, 2017).

Som sykepleier møter en hjerneslagrammede pasienter i ulike aldersgrupper og en treffer pasientgruppen både i spesialhelsetjenesten og i kommunalhelsetjenesten. Sykepleieren må møte pasienten og dekke ulike funksjoner som fortolkende, støttende, integrerende og bevarende- funksjoner. I en fortolkende situasjon skal en hjelpe pasienten med å gå fra en kaotisk situasjon, til å kunne rette kursen opp og fram ved

hjelp av egne ressurser og en nyvunnet evne til å kunne innse sine begrensninger å skape realistiske forventninger. Ved å dra nytte av en støtende funksjon skaper en tillit og trygghet hos pasient i jobben for å forebygge depresjon. En integrerende funksjon som sykepleier vil si å være et bindeledd for pasient mellom de ulike yrkesgruppene i behandlingsskjeden, og hjelpe pasienten i å forstå de ulike behandlingsprinsippene som blir integrert i dagliglivets aktiviteter. Viktigheten rundt det å finne balansen mellom aktivitet og hvile er viktig som sykepleier for å unngå at pasienten opplever komplikasjoner ved å gi helhetlig pleie og omsorg (Wergeland et al., s. 303 - 304, 2017).

## 2.2 Depresjon

Depresjon et latinsk ord og betyr «nedtrykking» (Hummelvoll, 2016, s.193-221). Når man er deprimert opplever man at man har en vedvarende tristhet og nedtrykthet, samtidig en sterk skyldfølelse for virkelige eller innbilte forsømmelser (Håkonsen, 2014, s. 254-255). Mange faktorer og symptomer karakteriserer kjennetegn en finner blant personer som er deprimerte. En person som er deprimert er en person som har mistet tro på seg selv, andre mennesker, livet eller høyere makter. Og personen vil ha en langsomt-fungerende, matt og kraftløs følelse i kroppen (Kerr 1987/88). Tristhet, pessimisme og lav selvaktelse er ofte symptomer en ser hos personer som er deprimerte. Fysiske symptomer som nedsatt appetitt, forstoppelse, søvnforstyrrelse eller smerter og ubehag, menstruasjonsforstyrrelser og nedsatt potens og seksuell ulyst er fysiske eller kroppslige funksjoner som kan bli påvirket i mer eller mindre grad ved depresjon. Depresjon kan ses på som et kontinuum der en kan gradere depresjon inn i tre nivåer eller grader, i mild, moderat eller alvorlig-depresjon (Hummelvoll, 2016, s.193-221). Poststroke-depression eller depresjon etter hjerneslag på norsk er en følgetilstand som treffer cirka en tredjedel av slagpasientene det første året etter hjerneslaget (Kirkevold, 2018, s. 468-470). Sykepleierens sentrale rolle er sørge for å ha en støttende funksjon, skape tillit og trygghet, og gjennom dette bidra med å forebygge depresjon. Mange slagpasienter blir deprimerte når en skjønner at livet aldri blir akkurat slik som før slaget inntraff, og en må en leve videre med en funksjonshemming i mindre eller større grad. Depresjon kan også forekomme senere i sykdomsforløpet etter at pasienten har kommet hjem (Wergeland et al., 2017, s. 304-310).

## 2.3 Omsorgsteorien – Kari Martinsen

Den norske sykepleieren, filosofen, professoren og forfatteren Kari Martinsen (referert i Kristoffersen, 2017, 53-64) med sin omsorgsteori har påvirket hvordan en som sykepleier kan legge hovedvekt på omsorg for det syke mennesket. Martinsens

grunnleggende syn og verdi er at «omsorg er sykepleierens kjerne», og at denne verdien er viktig når man som sykepleier i møte med pasienten bør vektlegge. En subjektiv opplevelse av helse, velvære og livsmot er mål Martinsen setter opp at en sykepleier må ha for å kunne yte omsorg. Omsorgsbegrepet i sykepleierens yrkesmessige omsorgsarbeid tar Martinsen et utgangspunkt i et ikke- fagspesifikt omsorgsbegrep. Omsorgsetikken hviler på «en appell som utgår fra ett menneske til et annet gjennom de spontane livsytringene». En etisk fordring oppstår når en som menneske møter et medmenneske som har behov for hjelp med omsorg. En gir et motsvar som representerer medmenneskers appell om min hjelp. De fundamentale kvalitetene Martinsen har med i omsorg er sosial relasjon, faktorer som fellesskap og solidaritet. Forståelse for andre, som utvikles gjennom erfaringer i fellesskap, og det å kunne forholde seg til andre. «Å kunne anerkjenne den andre ut fra hans situasjon» som Martinsen definerer det å være ekte. Omsorg innebærer også det å kunne forholde seg til andre, samt ha en holdning som anerkjenner den andres personens situasjon. Denne fundamentale kvaliteten er viktig for at omsorgen skal oppleves som ekte (Kristoffersen, 2017, s.53-64).

Omsorg er et forhold- en relasjon- mellom minst to mennesker. Balansert gjensidighet og uegennyttig gjensidighet er to omsorgsrelasjoner Martinsen skiller hovedsakelig mellom. Balansert gjensidighet, begge parter gir og mottar omsorg. Uegennyttig gjensidighet, en part som sørger for å hjelpe en annen part uten å forvente noe tilbake, kjennetegnes av altruisme og hjelp. Martinsen bruker Wærness sin «omsorg-sirkel» for å danne en enklere oversikt over omsorgsfeltet. Denne figuren inneholder fire ulike typer omsorg. «Omsorg basert på balansert gjensidighet», «omsorg basert på uegennyttig gjensidighet», «spontan omsorgstjenester» og «personlig tjenesyting». Når en er sykepleier i yrkessammenheng vil grunnlaget en har av omsorgsarbeid utgjøre denne forståelsen (Kristoffersen, 2017, s.53-64).

Å være sykepleier som viser solidaritet for de svake er en grunnholdning og et grunnlag for en generell tilnæringsmåte som er fundamental. Engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering er grunnholdninger som kjennetegner omsorg ifølge Martinsen. Samtidig som at sykepleieren skal ha en grunnholdning må en vise til handling som er til beste for den andre gjennom yrkesmessig omsorg. «Omsorg er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten sykepleieren handler på» (Kristoffersen, 2017, s.53-64).



Omsorg er målet i seg selv, konstaterer Martinsen og egenomsorgstenkningen er noe hun tar avstand fra i sykepleie. Innenfor vedlikeholdsomsgen er målet at mottakeren skal opprettholde et visst funksjonsnivå eller unngå forverring. En tar sikte på en omsorg for at pasient skal føle at en har det bedre for å føle på økt livsmot og de helbredende kreftene får virke. Opplevelse og velvære kjennetegner omsorg i sykepleiesituasjon. Martinsen viser forståelse for at hver enkelt pasient har behov for ulike mål for omsorg. Selvhjulpneheten til pasienten må en som sykepleier verken over eller undervurdere, en må styrke selvhjulpneheten som sykepleier der det er mulig. Livsmot «sykepleie er et praktisk fag hvor målet er å fremme den lidendes livsmot» (Kristoffersen, 2017, s.53-64).

Martinsen er opptatt av pasientgruppen som er mottakerne i sykepleie, og som ikke er selvhjulpne mennesker. Hun setter et skille mellom de to pasientgruppene friske syke og de syke syke, der hun i tillegg skiller mellom vekstomsorg og vedlikeholdsomsgen. Lidelse omtaler Martinsen som et allmenneskelig fenomen «Vi behøver verken å være syke eller ved dårlig helse for å lide. Lidelse hører livet til». Omsorg på pasientens premisser ytes gjennom pleierens sitt personlig engasjement og innlevelse av pasientens situasjon, understreker Martinsen. Sykepleiere som viser sider av overtramp og maktovergrep tar hun avstand fra. Kontraster til dette er sykepleie med den sentimentale omsorgen og formynderiet omsorg. En omsorg der sykepleierens omsorg er på sykepleierens premisser. Med tanke på pasientens autonomi så fremmer Martinsen den svake paternalismen, der sykepleieren har til hensikt å gagne den enkelte pasient mest mulig ved å benytte den faglige forståelsen. Her vil en som sykepleier inkludere pasient aktivt i beslutninger eller å skåne pasient fra kompliserte spørsmål og slippe å ta del i noe en ikke har forutsetning til å handtere (Kristoffersen, 2017, s.53-64).

## 2.4 Lover og rettigheter som slagpasient

Ifølge nettsidene «Landsforeningen for hjerte- og lungesyke- (LHL)» og «landsforeningen for slagrammede» er der lover en som sykepleier må være kjent med når en skal være med å kunne hjelpe pasienten videre med tanke på hvilke rettigheter en har etter hjerneslag. Dette avsnittet vil derfor nevne noen lover, regler eller rettigheter en som slagpasient bør ha innsikt i etter å ha gjennomgått slag. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven). Formålet til denne loven blant annet å bedre levekårene for vanskeligstilte, sosial og økonomisk trygghet, likeverd og likestilling, dette for å forbygge sosiale problemer (Sosialtjenesteloven, 2009). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven). Denne loven gir folket i

Norge lik tilgang på tjenester og rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. I denne loven finn en to sentrale paragrafer «§2-1 a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste», «§ 2-1 b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialhelsetjenesten» og «§ 2-5. Rett til individuell plan» (Pasient og brukerrettighetsloven. 1999). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Formålet til denne loven er mange, men viktige faktorer som forebygging, behandling, helsefremmende, trygghet og sikre kvalitet er noen få av flere faktorer som står sterkt i denne loven (Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011).

## 3 Metodebeskrivelse

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har gått fram i datainnsamlingen og viser til slutt i metodekapitlet analysedelen av de innsamlede dataene.

### 3.1 Systematisk litteraturstudie

Da denne oppgaven er et systematisk litteraturstudie vil jeg vise til Mulrow og Oxman (1997) (referert i Forsberg & Wengström) som definerer et systematisk litteraturstudie som tar utgangspunkt å ha et klart formulert spørsmål som skal besvares systematisk gjennom å identifisere, velge vurdere og til slutt analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström 2015, s. 27). For å kunne utføre et systematisk litteraturstudie er det viktig å ha klart om at det finnes et godt utvalgt av kvalitetsartikler som danner grunnlag til vurderinger og konklusjoner (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

Et systematisk litteratursøk er et søk som er omfattende informasjonsheving der dette er planmessig og begrunnet. Søk som blir gjort i flere databaser med utstrakte søkeord er kjennetegn. En må tilpasse seg strenge inkludering og ekskludering kriterier i søkeprosessen og bruken av et bredt utvalg av systematisk valgte termer og eller søkeord. Det er fagpersonene som har kunnskap innen sitt fagfelt som har valgt ut emneordene. Hensikten med et systematisk litteratursøk er at en skal gå igjennom tidligere forskning og vil da kunne fange opp de mest relevante studiene på et felt. Det er krav om at søk skal være dokumentert og etterprøvbart (Solhaug, 2017).

### 3.2 Søkestrategi

Søkeord:

Sykepleier	Nurs*
Depresjon	Depression
Hjerneslag	Stroke

Søk ble foretatt i ulike databaser. Databaser jeg brukte for å finne forskningartikler var: Cinahl, Sage Journal, PubMed (Medline), sykepleien.no, PsycInfo og Oria. På sykepleien.no bruke jeg forskningssiden for å finne fagfellevurdert artikler og sjekket referanser til andre artikler og bøker for å hente inspirasjon for oppgaven.

Som en ser i tabellen over ble søkene oversatt og utført på engelsk. Har brukt søkeordene sykepleier (nurs\*), depresjon (depression) og hjerneslag (stroke) med boolsk operator/kombinasjonsord (AND). For å kunne kombinere søkeord for å danne kombinasjonsord. Ved å bruke AND avgrensers jeg søket mitt (helsebiblioteket, 2016b). Utførte et manuelt søk på pubmed etter å ha lest en interessant artikkel på nettsiden fysioterapeuten.no om «Fysisk aktivitet reduserer depresjon hos slagpasienter». Gjorde søket om til engelsk «Exercise for depressive symptoms in stroke patients», der jeg fant ønsket artikkel til å bruke i oppgaven.

Vil nå demonstrere en vanlig framgangsmøte jeg hadde i min søkestrategi i de ulike databasene: «Søkeordet/ene» (for eksempel nurs\*), siste 5 (år 2016- år 2022) eller 10 år (år 2011- år 2022), Peer reviewed journal og Full text. Se vedlegg «Søkehistorikk» for å få en mer oversiktlig forklaring for hvert enkelt funn av de åtte artiklene. Grunnen til at jeg har tatt med litteratur søk helt tilbake til år 2011 er fordi arbeidet med bacheloroppgaven ble påbegynt høst 2021. Til info har jeg avgrenset søket til de fem siste årene (2016-2022), dette for å få kunne nå til den mest oppdaterte forskningsartikkelen som er tilgjengelig i forhold til min problemstilling.

PICO-skjema ble brukt i starten av bacheloroppgaven, men følte ikke at den type hjelpemiddel hjalp i min måte å finne de ulike forskningsartikler. Derfor har jeg valgt å gå vekk i fra bruken av PICO-skjema.

### 3.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

#### **Inklusjonskriter i søk:**

- Artiklene skal ikke være eldre enn 10 år. 4 av 5 artikler som er med i prosjektplanen er i tidsrommet 2016 til 2021.
- Kjønn: Kvinner og menn (menneske).
- Hente artikler der studier er relevante og land som tilsvarer samme eller har likheter som den norske helsetjenesten.
- Aldersgruppen er voksne. 18 år og oppover.
- Studier som kan knyttes til en sykepleieroppgave i sin funksjon i yrket.

### **Eksklusjonskriterier i søk:**

- Artikler som er eldre enn 10 år.
- Artikler som ikke kan anvendes til norsk helsesystem.
- Pasienter som har dødd av hjerneslag.
- Artikler som ikke forebygger depresjon.

## **3.4 Kvalitetsvurdering**

I søk etter forskningsartikler er den første og raskeste sjekken for å finne ut om det er forskningsartikkel jeg har foran meg å bruke IMRAD-prinsippet (Introduksjon, Metode, Resultat, And (og) Diskusjon), samtidig ser en etter ett sammendrag/abstrakt i starten av oppgaven (Nortvedt et al, 2014, s. 69). Hjelpemidler for vurderinger og sjekklister for å velge ut artikler. Brukt kanalregister.no. Her har jeg tatt hensyn til at artikkelen kommer fra en journal som skårer enten på nivå 1 (publiseringskanaler som tilfredsstill minimumskrav til vitenskapelighet) eller nivå 2 (høyest nivå) (kanalregister, u.å). «Sjekklister» på helsebiblioteket.no for å gi en kritisk vurdering av forskningslitteratur og for å finne nødvendige sjekklister for å gjøre en vurdering av de vitenskapelige artiklene som blir funnet (Helsebiblioteket, 2016a). Boken «Metode og oppgaveskriving» (Dalland, 2015). Videre har jeg brukt generelle punkt som: «Har artikkelen en klart formulert problemstilling?» «Har artikkelen klart og tydelig formål?» «Kan resultatene brukes i min praksis?» (Nortvedt et al, 2014, s. 69-71).

## **3.5 Etisk vurdering**

Vurdering av forskningsartikler som blir brukt i denne oppgaven er basert på sjekklister enten at jeg finn direkte i tekst at artikkelen er godkjent av en etisk komite eller så har jeg brukt sjekklister og tatt en manuell etisk vurdering ved hjelp av kontrollspørsmål fra boken «Metode og oppgaveskriving» (Dalland, 2015). Fem av åtte artikler kan en finne direkte at en etisk komite har godkjent studien, mens tre av åtte har jeg tatt en grundig vurdering om at studien er etisk godkjent ut i fra en manuell sjekklister.

## **3.6 Analyse**

Analyse betyr å dele opp i mindre deler. Når man undersøker et fenomen, er det i et vitenskapelig analysearbeid viktig å dele opp fenomenet i mindre biter og undersøke dem adskilt. For deretter å sette sammen de ulike delene til en ny fortolket helhet (Forsberg &

Wengström, 2015, s. 152). For å kunne beskrive hvordan jeg har gått fram i analysedelen av mine artikler har jeg benyttet meg av metoden til Christina Forsberg og Yvonne Wengström (2015, s. 153). De forklarer at man ved systematisk litteraturstudier bør analysere artiklene ut ifra fem steg.

**Steg en.** I denne første delen av analysen leste jeg grundig gjennom de åtte artiklene hver for seg. Hensikten med denne delen er å arbeide med materialet.

**Steg to.** I steg to av analysen innebærer at en arbeider med innholdet i artiklene med den hensikt å finne ut av hva artiklene handler om (Forsberg & Wengström, 2015, s. 153) For å skaffe meg oversikt over artikkelens innhold, markerte jeg ned de viktigste funnene i artiklene. Disse funnene organiserte jeg i en tabell (se vedlegg nr. 3) som gav oversikt over funnene. Tabellen viser artiklene og artikkelens hovedfunn. Hovedfunnene ble organisert etter fargekoder. Dette gav meg muligheten til å se etter likheter mellom funnene i de ulike artiklene. I denne tabellen har jeg kun valgt å inkludere de funnene som var relevante for min oppgave. Det vil si at hovedfokuset har vært på å få med funn som viser til tiltak som kan ha en effekt på depressive symptomer hos slagrammede. Funnsom ikke har vist noen effekt har derfor ikke blitt tatt med i denne oppgaven. Dette har jeg gjort for å begrense oppgaven og spisse fokuset inn mot problemstillingen min. Det vil også være relevant å at jeg som fremtidig sykepleier fordyper meg i tiltak som gjennom forskningen viser å kunne ha en forebyggende og behandlende effekt mot depresjon hos slagrammede.

**Steg tre.** I denne delen av analysen har jeg organisert funnene i kategorier. Disse kategoriene tok utgangspunkt i de funnene som var fremtredende i de åtte artiklene som jeg har valgt å ta med i oppgavens resultat.

**Steg fire.** Ifølge Forsberg og Wengström, (2015, s. 153) skal man i denne delen av analysen danne temaer ut ifra kategoriseringen av innholdet i artiklene. Gjennom denne prosessen kom jeg fram til et hovedtema som har fått tittelen «Møtet mellom sykepleier og pasient». Dette temaet består videre av flere underkategorier. Disse kategoriene er: bruken av kartleggingsverktøy, motiverende samtale, behandlingsformer (terapeutiske og medisinske) og fysisk aktivitet. Tabellen under gir en oversikt over temaet, underkategoriene og artikkelnumrene.

<b>Tema</b>	<b>Underkategorier</b>	<b>Artikkelnummer</b>
Møtet mellom sykepleier og pasient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruken av kartleggingsverktøy</li> <li>• Motiverende samtale</li> <li>• Behandlingsformer (terapeutiske og medisinske)</li> <li>• Fysisk aktivitet</li> </ul>	1 ,2 ,3 ,4 ,5 ,6 ,7 ,8

Steg fem. Tolkning og diskusjoner av resultatene mine. Dette vil jeg gjøre i oppgavens diskusjonsdel.

I denne analysedelen har jeg organisert funnene i de åtte valgte artiklene til et hovedtema med tilhørende underkategorier. I neste del av oppgaven skal jeg legge frem og beskrive hoved temaet og kategoriene.

## 4 Resultat

I denne delen av oppgaven skal jeg gjøre rede for de sentrale funnene som var fremtredende i oppgavens analysedel. Funnene er som vist tidligere organisert under ett hovedtema kalt «møtet mellom sykepleier og pasient». Dette hovedtemaet belyser videre en rekke underkategorier: bruk av kartleggingsverktøy, motiverende samtaler, ulike behandlingsformer, fysisk aktivitet og formidling av informasjon.

### 4.1 Møtet mellom sykepleier og pasient

Hovedtemaet i denne oppgaven er «møtet mellom sykepleier og pasient». Dette temaet kommer tydelig frem i funnene til en av de åtte artiklene som er inkludert i denne oppgavens resultatdel. I artikkelen til Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 341) viser de til funn som fremhever sykepleierens rolle i møte med pasienten, og argumenterer for at denne rollen er et viktig verktøy i forebyggingen og behandlingen av depresjon hos pasienter som er rammet av hjerneslag. Slagrammede pasienter er avhengig av en sykepleier som utøver en rolle der kommunikasjon og holdninger kommer fram. Måten sykepleieren kommuniserer på eller ikke, samt forholder seg til pasienten er viktig i denne prosessen. Dette kommer tydelig frem i funnene til Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 339) som gjennom kvalitative intervjuer avdekket at pasienter som fikk god støtte og forståelse fra menneskene rundt seg hadde færre depressive symptomer etter en seks måneders periode med intervjuer. Dette kommer tydelig frem i artikkelens resultatdel som forklarer:

«Allerede fra seks måneders intervjuet beskrev de færre depressive symptomer ... Det som var felles for personene var at de opplevde god støtte og forståelse fra menneskene rundt seg» (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 339).

Disse funnene blir sett i sammenheng med en annen gruppe pasienter som nærmest ikke fikk helsefaglig oppfølging etter at de kom hjem etter sykehusoppholdet, og som av denne grunnen opplevde større kognitive og fysiske konsekvenser etter slaget (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 340). For å støtte opp om disse funnene viser Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 341) til en studie av Shapiro (2011) som belyser viktigheten av helsepersonellens oppfølging av pasienten. Shapiro (2011, referert i Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 342) fremhever hvor avhengig den slagrammede



pasienten er av helsepersonellet, og at helsepersonellet gjennom en trygg oppfølging vil få pasienten til å føle en positiv effekt i form av hvordan de ser på seg selv i den situasjonen de er i, at tilværelsen gir mening, at de kjenner på forventninger og økt motivasjon.

Med bakgrunn i disse funnene vil det derfor være hensiktsmessig at man som sykepleier kjenner til og tar i bruk verktøy i arbeidet med slagrammede pasienter, slik at man som fagpersonell kan gi en trygg oppfølging og dermed bidra positivt til forebyggingen og behandlingen av depresjon etter slag. De resterende forskningsartiklene som denne resultatdelen tar utgangspunkt i viser til en rekke verktøy som kan hjelpe sykepleieren i dette arbeidet. Disse verktøyene er: bruken av kartleggingsverktøy, motiverende samtaler, ulike behandlingsformer, fysisk aktivitet, og formidling av informasjon.

## 4.2 Bruken av kartleggingsverktøy

Fem av åtte artiklene (Barra et al., 2016, s.554; Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 340; Towfighi et al., 2017, s. 32; Van Dijk et al., 2018, s. 2889; Vlachos et al., 2021, s. 5) i denne oppgaven viser til viktigheten av at sykepleiere bruker kartleggingsverktøy som tiltak for å oppdage symptomer på depresjon hos slagrammede pasienter.

Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 340) argumenterer videre i artikkelen for at det ikke finnes noen kartleggingsverktøy som er spesielt utviklet for slagrammede, men det er anbefalt å bruke jevnlig verktøyene som MADRS, HADS og GDS i behandling og rehabilitering etter hjerneslag ifølge forskningslitteratur og nasjonale retningslinjer. I Vlachos et al. (2021, s. 5) studier undersøkte de over en tolv måneders periode implementeringen og bruken av et kartleggingsverktøy for å avdekke depresjon hos slagrammede. De fant ut at sykepleiere bør være observante på skjulte svekkelser i kognitive funksjon hos den slagrammede, samt emosjonelle endringer. De viser til hvordan kartleggingsverktøyer kan bidra med å avdekke svekkelser i kognitive funksjoner som psykomotorisk hastighet, oppmerksomhet, eksekutive funksjoner (knyttet til evnen til å planlegge, problemløsning og regulering av atferd) og hukommelse. Disse kognitive svekkelsene kommer ofte i kombinasjon med følelser som angst, depresjon, utslitthet og apati (Vlachos et al., 2021, s. 5).

Også Barra et al. (2016, s. 554) viser i likhet med de andre studiene til viktigheten med å kartlegge pasienter for depressive symptomer, men vektlegger også viktigheten

knyttet til kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier. Denne kommunikasjonen vil være viktig for å oppdage tegn på depresjon. Artikkelen viser dette ved å henvise til funn som indikerer at pasienter som gav uttrykk for manglende mulighet for rehabilitering og bekymring for fremtidig helsebistand, ofte hadde flere symptomer på depresjon. Om en ser tilbake på funnene i artikkelen til Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 340) kan en dra tråder i mellom funnene om kommunikasjon og sykepleierens rolle. Som Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 340) viser til, er sykepleierens holdning og oppfølging med på å bidra positivt inn mot behandling av pasienten. En god holdning, kommunikasjon og oppfølging av pasienten kan bidra til en sterkere relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette kan igjen bidra til en bedre kommunikasjon og at sykepleieren klarer å fange opp de tegnene på depresjon som pasienten eventuelt uttrykker.

### 4.3 Motiverende intervju

Kommunikasjonen og relasjonen mellom pasient og sykepleier kan også være med på å skape motivasjon hos pasienten. Dette kommer fram i to artikler som tar for seg motiverende intervju som et verktøy i behandlingen av slagpasienter. Hadidi et al. (2017, s. 191), definerer motiverende intervju: «En form for veiledning der terapeuten bruker empatisk lytting for å forstå pasientens perspektiv med den hensikt å kunne effektivisere pasientens problem løsning og prosess». Videre forteller Hadidi et al (2017, s. 191) at terapeuten gjennom et samarbeid basert på respekt utforsker pasientens verdier og mål i relasjon til problemet de ønsker å løse.

Motiverende intervju har i flere studier (Hadidi et al., 2017, s. 191; Kerr et al., 2018, s. 6 & Towfighi et al., 2017, s. 38-39) vist å kunne påvirke pasienters stemningsleie ved å bidra til å bedre humør. Dette kommer tydelig fram i artikkelen til Hadidi et al, (2017, s. 191) som sitatet under viser:

«Motivational interviewing had significant impact on mood at 3 and 12 months post-stroke» (Hadidi et al., 2017, s. 191)

Dette funnet samsvarer med funnet gjort av Towfighi et al. (2017, s.38 – 39) som fant funn som indikerer at pasientgruppen som gjennomførte motiverende intervju hadde større sannsynlighet for å opprettholde et normalt stemningsleie. I motsetning til Hadidi (2017) og Towfighi (2017) viser ikke funnene til Kerr et al. (2018, s. 6) de samme resultatene. I deres artikkel viser de til andre studier som indikerer at motiverende

intervju kan ha en positiv effekt på humøret. Disse funnene stemte ikke overens med resultatene til Kerr et al. som ikke fant noen signifikante endringer i humøret hos slagrammede pasienter.

Selv om den ene artikkelen til Kerr et al. (2018, s. 6) konkluderer med at motiverende intervju ikke hadde noen positiv effekt så ser en at de to andre studiene til Hadidi (2017) og Towfighi (2017) kan støtte opp under den positive effekten og relasjonsbyggende effekten en motiverende samtale har i mellom en sykepleier og pasienten.

#### 4.4 Behandlingsformer (terapeutiske og medisinske)

For å kunne dekke de ulike behov pasientene trenger må en som sykepleier ha kunnskap og erfaring i å kunne utøve ulike behandlingsformer. Dette foregår ved å gi en trygg og informativ detaljer om behandlingsformen enten om den er terapeutisk eller medisinsk.

En kan lese i studiene at det er et bredt utvalg og varierende typer behandling både medisinske og terapeutiske. Hadidi et al. (2017, s. 190-193) viser til flere typer terapeutiske tiltak som kan forebygge og bidra i behandlingen mot depresjon. Blant annet finner en økosystemfokuset terapi, lysterapi og problemløsningsterapi hadde forebyggende effekt mot depressive symptomer. Funnene som artikkelen trekker fram viser at disse terapiformene ga deltagerne bedre stressmestring, økt mestringfølelse og økt deltakelse i aktiviteter som opplevdes som verdifulle eller belønnende. Towfighi et al. (2017, s.32) kan i likhet som Hadidi et al. (2017) vise til artikler som indikerer at psykososiale terapiformer kan forebygge utviklingen av depresjon hos slagrammede. Dette innebærer terapiformer med kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju og psykologiske intervensjoner hvor terapeuten er aktiv og støttende. I tillegg trekker Towfighi et al. (2017, s.32) frem medisinsk behandling i form av den antidepressive medisin fluoxetin og at generell medisinsk behandling har en effekt på depresjon etter hjerneslag. Å ha kunnskap om behandlingsformer mot depresjon vil kunne styrke sykepleierens evne til å kunne hjelpe pasienten med å ta informative valg knytte til forbedring av egen helse. Å kunne formidle informasjon trekkes fram i flere artikler (Kouwenhoven og Kirkevold (2013); Towfighi et al. (2017) som et viktig verktøy en sykepleier kan benytte. Dette kommer tydelig frem i et sitat fra artikkelen til Towfighi et al. (2017) som sier:

«Active information provision was significantly more effective than was passive information for depression» (Towfighi et al., 2017, s. 38)

Towfighi et al. (2017) viser videre hvordan en aktiv formidling fra helsepersonell om informasjon knyttet til strategier for å forbedre utfallet til slagpasienter, gav en liten reduksjon i symptomer på depresjon hos hjerneslagpasienter.

## 4.5 Fysisk aktivitet

Aktivisering av pasient står sentralt i en hensiktsmessig oppfølging man står overfor som sykepleier for å kunne styrke, motivere og engasjere pasienten. To av studiene viser til trening som et tiltak en kan iverksette for å forebygge depresjon hos slagrammede pasienter. Eng og Reime (2014, s. 736) viser til at trening har positiv effekt både i den subakutte fasen og kroniske fasen i rehabiliteringen etter hjerneslag. Studien viser at symptomer på depresjon avtok etter en fireukers periode med trening hos deltagerne. Basert på disse funnene vil dette tiltaket være relevant i forebyggingen og behandlingen av depresjon. Hadidi et al. (2017, s. 191) viser også til studier hvor trening har hatt en effekt hos slagrammede pasienter med depresjon, men studinenes resultater viser et blandet resultat der noen viser en signifikant forskjell på to grupper, mens andre ikke viser noen signifikant forskjell som påvirker depresjon etter hjerneslag.

I denne delen av oppgaven har jeg utdypende vist til de sentrale funnene som ble gjort i de åtte ulike artiklene som denne resultatdelen består av. I den kommende diskusjonsdelen av oppgaven skal jeg videre diskutere disse funnene opp mot relevant teori.

## 5 Diskusjon

I dette kapitlet starter jeg med metodediskusjon hvor jeg skal vise til fremgangsmåten min med et kritisk blikk på hva jeg gjorde for å få svar på problemstillingen min. Her vil jeg si noe om hva jeg er fornøyd med og hva jeg kunne ha gjort bedre. Videre i oppgaven skal jeg nå gjennomføre en «analyserende diskusjon» hvor jeg drøfter resultatene i denne oppgaven med oppgavens teoretiske bakgrunn. Hensikten med dette formålet er å kunne svare på min problemstilling, som er: «Hva kan man som sykepleier gjøre for å minske risikoen for depresjon hos pasienter med hjerneslag». Til slutt vil jeg stå igjen med en konklusjon av oppgaven som inneholder en kort oppsummering av hovedfunnene mine, konsekvenser for praksis og anbefalinger for videre forskning. Diskusjon av utfordringer som sykepleier står overfor vil jeg prøve å belyse under punktene underveis.

### 5.1 Metodediskusjon

Å skrive denne bacheloroppgaven alene har vært en krevende, men lærerik prosess. Min første formulerte problemstilling var «Hvordan kan rehabilitering påvirke depresjon etter gjennomgått hjerneslag?», der søkeordene var «Hjerneslag», «depresjon» og «rehabilitering». Fikk beskjed av veileder at denne problemstillingen var lite sykepleierrettet og bar mer preg å være rettet mot fysioterapi. Her må jeg ta selvkritikk for min interesse for det å jobbe tverrfaglig samtidig min bakgrunn innen trening.

Bruken av databasene: Cinahl, Sage Journal, PubMed (Medline), sykepleien.no, PsycInfo og Oria, viser at det har blitt foretatt søk i forskjellige databaser. Dette er i positiv forstand bra med tanke på å kunne bruke ulike databaser. Samtidig vil jeg også kritisere min søkestrategi der jeg kun har brukt det boolske kombinasjonsordet «AND» og utelatt og bruke de andre boolske kombinasjonsordene som «OR» og «NOT». Grunnen til at «OR» og «NOT» ikke ble brukt var redselen for å bruke for mye tid på å ikke kunne finne noe da jeg opplevde det å søke som tidskrevende i starten av mitt arbeid med bacheloroppgaven.

Brukte lang tid på å finne den «perfekte forskningsartikkelen/ene», men etter samtale med veileder så finnes det ingen slik artikkel. Dette tar jeg sterk kritikk for og det gav negativt utslag i form av tidsbruken min i skrivingen av oppgaven. Søkeordene gav

mange treff i de ulike databasene, men mange artikler som ble funnet var artikler som ikke bar preg av forskning fra den vestlige verden med helsetjenester, kultur og samfunn som kan relateres til det norske. Spesielt da artikler fra Asia og land som Kina dukket ofte opp i søket. Vurderte å endre på mine kriterier å inkludere studier fra Asiatiske land, men etter samtale med veileder kom jeg fram til det ble for store forskjeller mellom norsk helsevesen og de asiatiske landene sitt helsevesen som studiene fant sted. Føler nå i dag at de åtte artiklene som blir brukt i oppgaven er relevante.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 En sykepleier som ser deg

I studiene og i teoriene kommer det fram at en som sykepleier står ovenfor en sentral rolle i å kunne møte pasienten for å kunne legge til rette for en faglig og forsvarlig trygghet i å ivareta pasienten ut ifra pasienten sin situasjon ved hjerneslag. Med tanke på at sykepleieren spiller en viktig rolle i å minske risikoen for depresjon hos pasienter med hjerneslag kan en i studien til Kouwenhoven og Kirkevold lese hvordan en som sykepleier går fram i en situasjon hos slagrammede pasienter og deres opplevelse. Slagrammede pasienter er avhengig av en sykepleier som utøver en rolle der kommunikasjon og holdninger kommer fram (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 339). Helt i fra den akutte fasen til videre i overgangsfasen vil du som sykepleier møte hjerneslag pasienter både i spesialhelsetjenesten eller i kommunalhelsetjenesten. Å bli rammet av hjerneslag rammer en som person på mange måter, både det fysiske og psykiske blir endret etter å ha gjennomgått slag. Å gå i fra å være et menneske som kunne klare seg selv til å bli satt inn i en hverdag der en er avhengig av å få pleie og bistand av en sykepleier, er en helomvending for alle slagpasienter som kan gi følger av å føle på tristhet og nedtrykthet. En person som er deprimert er en person som har mistet tro på seg selv, andre mennesker, livet eller høyere makter (Kerr 1987/88). Trygge rammer og brobygging mellom pasienten og sykepleieren er to faktorer som er sentrale i å kunne samarbeide. Sykepleieren må møte pasienten og dekke ulike funksjoner som fortolkende, støttende, integrerende og bevarende- funksjoner (Wergeland et al., s. 303 - 304, 2017).

En forebyggende og dempende effekt mot depresjon må en som sykepleier tilrettelegge i pleien ut ifra pasientens tilstand. Shapiro (2011, referert i Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 342) viser til viktigheten av helsepersonellets oppfølging av pasienten og at en trygg oppfølging vil gi en positiv effekt. «Omsorg er sykepleierens kjerne» uttrykker Kari Martinsen i sin omsorgsteori (referert i Kristoffersen, 2017, 53-64). Det å kunne vise

omsorg både basert på erfaringer og i møte med en ny pasient gjør at pasienten kan oppleve pleieren som et medmenneske både i form av faglige egenskaper, men også et medmenneske som anerkjenner den andres personen sin situasjon. «Å kunne anerkjenne den andre ut fra hans situasjon» som Martinsen definerer det å være ekte (Kristoffersen, 2017, s.53-64).

Å fungere som en fortolkende funksjon som sykepleier i sammenhengen med å forebygge depresjon vil være å kunne vise pasient at en kan tilpasse seg den nye livssituasjonen. Istedenfor kun å se begrensningene og tenke på alt en kunne klare før slaget inntraff bør en hjelpe pasienten å rette fokuset over på hva er det man har i dag. Selv om det kan oppleves som kaos må en som sykepleier være med å fremme de funksjonene ved å skape realistiske forventninger. Å skape realistiske forventninger steg for steg vil være med å kunne hjelpe pasienten gradvis i den rehabiliterende og habiliterende prosessen å kunne tilpasse seg kroppens funksjoner ut i fra den situasjonen pasienten er i, enten det for eksempel lammelser eller språkvansker (Wergeland et al., s. 303 - 304, 2017). For å starte prosessen i den rehabiliterende og habiliterende delen er det viktig å sette opp ulike mål for omsorgen. Som Kari Martinsen skriver må en som sykepleier styrke pasient og føle på livsmot. Livsmot «sykepleie er et praktisk fag hvor målet er å fremme den lidendes livsmot» (Kristoffersen, 2017, s.53-64).

Pasienten finner sykepleieren som støttende når pleieren sine funksjoner skaper tillit og trygghet, dette er med på å forebygge depresjon. Her tilpasser en pasientens aktiviteter og har en sunn progresjon når det kommer til å øke utfordringer (Wergeland et al., s. 303 - 304, 2017). Å være der når dagene er lange og tøffe eller når krisereaksjoner, bygger på Martinsens omsorg på pasientens premisser hvor en yte gjennom pleierens sitt personlig engasjement og innlevelse av pasientens situasjon (Kristoffersen, 2017, s.53-64).

### 5.2.2 Depresjon, en uønsket usynlig følgesvenn

En ser i funnene til studiene av (Barra et al., 2016, s.554; Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 340; Towfighi et al., 2017, s. 32; Van Dijk et al., 2018, s. 2889; Vlachos et al., 2021, s. 5) at en kan avdekke depresjon ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy. Som sykepleier er det viktig å sette seg inn i bruken av en de forskjellige typene kartleggingsverktøy en må bruke i ulike situasjoner for å kunne forebygge depresjon. Fordelen med å bruke denne typen verktøy er at en kan fange symptom for depresjon i et tidligere stadiet kontra enn om man venter og tida går slik at tilstanden til pasienten

eventuelt har blitt betydelig forverret og arbeidet med å behandle depresjonen blir mer krevende både for sykepleieren og pasienten. Den uønskede usynlige følgesvennen også kjent som depresjon er en kjent usynlig svekkelse, men ikke alltid like lett å oppdage. Som i Vlachos et al. (2021, s. 5) viser til at i løpet av en tolv måneders periode implementeringen og bruken av et kartleggingsverktøy for å avdekke depresjon hos slagrammede. Her fant de ut at sykepleiere bør være observante på skjulte svekkelser i kognitive funksjon hos den slagrammede, samt emosjonelle endringer. I somme tilfeller kan en oppdage at en pasient er deprimeret ved å følge med på de fysiske symptomene som eksempelvis nedsatt appetitt, forstoppelse, søvnforstyrrelse eller smerter og ubehag (Hummelvoll, 2016, s.193-221).

Det kommer fram i studiet til Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 340) at det ikke finnes noen kartleggingsverktøy som er spesielt utviklet for slagrammede. Som menneske og sykepleier er det fort gjort å legge seg vaner og bruke opp igjen det samme verktøy man en er kjent med, men med tanke på den forebyggende behandlingen og funksjoner sykepleieren har er det fordel å kunne varierer og til det beste for pasienten. Det er anbefalt å bruke jevnlig verktøyene som MADRS, HADS og GDS i behandling og rehabilitering etter hjerneslag ifølge forskningslitteratur og nasjonale retningslinjer (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 340). Det gjeld å være forberedt og være en sykepleier på alerten fordi depresjon kan også forekomme senere i sykdomsforløpet etter at pasient har kommet hjem (Wergeland et al., 2017, s. 304-310).

### 5.2.3 Den gode samtalen

«Omsorg er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten sykepleieren handler på» (Kristoffersen, 2017, s.53-64).

Hadidi et al. (2017, s. 191), definerer motiverende intervju: «En form for veiledning der terapeuten bruker empatisk lytting for å forstå pasientens perspektiv med den hensikt å kunne effektivisere pasientens problem løsning og prosess». En kan vise videre at en motiverende samtale er et verktøy en som sykepleier kan bruke i det forebyggende arbeidet ved depresjon hos hjerneslag pasienter. En samtale trenger ikke alltid å handle om å kommunisere verbalt, men også det å bare være til stede. Med det så meiner jeg det å kommunisere non-verbalt. Eksempel på dette er i møte med en pasient som er i rehabiliterende fasen der pasienten slit med å bruke sitt tidligere verbale språk og får ikke til å snakke i setninger. Da må en som sykepleier enten verbalt eller non-verbalt kommunisere til pasient at det er i orden. Det er i orden at det er vanskelig å ikke finne



ordene i dag, ta deg tid. Med dette eksempelet vil jeg belyse at kommunikasjon kan foregå på flere måter noe en må minne seg selv på som sykepleier.

Motiverende samtale kan påvirke positivt på humøret ifølge Kerr et al. (2018, s. 6). Som sykepleier må en tilpasse seg ofte ut ifra hvordan pasienten er, men samtidig må en også kunne få utøve yrket sitt på en faglig og god måte. Dette kommer med erfaring som sykepleier. I tråd med det så vil jeg belyse Kari Martinsen grunnholdning som en finn i omsorgsteorien. Der les man at engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering er grunnholdninger som kjennetegner omsorg ifølge Martinsen (Kristoffersen, 2017, s.53-64).

#### 5.2.4 Slaget som forandret livet

For nokken veker tilbake siden kunne pasienten stupe, svømme og klatre opp stigen i svømmehallen. I dag må samme pasient ha hjelp til å «klatre» opp av sengen, hjelp til å ta på seg skoa og hjelp til å ta seg en dusj. Dette er et eksempel på hvor fort hverdagen kan snu hos en person som har gjennomgått et hjerneslag. Mange slagpasienter blir deprimerte når en skjønner at livet aldri blir akkurat slik som før slaget inntraff og en må en leve videre med en funksjonshemming i mindre eller større grad. (Wergeland et al., 2017, s. 304-310).

Towfighi et al. (2017, s.32) og Hadidi et al. (2017, s. 190-193) kan i begge sine studier vise til behandlingsformer både terapeutisk og medisinsk som forebygger depresjon hos slagpasienter og er behandlingsformer en som sykepleier kan utøve på ulike arenaer. Towfighi trekker fram i den medisinske behandlingen av depresjon preparatet fluoxetin med god effekt. En kan lese på helsedirektorat sin nettside i de nasjonale faglige retningslinjene for hjerneslag at det blir anbefalt enten å behandle depresjon og emosjonell labilitet enten å ha fokus på å bygge pasient opp i et trygt og støttende miljø eller ved sterkere form for depresjon er legemiddelbehandling i form av seretoninopptakshemmere (SSRI) anbefalt (Helsedirektoratet, 2017) .

Når er person blir rammet av et hjerneslag har man som sykepleier en viktig funksjon å kunne forklare og informere hvilken lover og rettigheter pasienten trenger i videre behandling. Dette er viktig med tanke på forebygging av depresjon og andre faktorer som påvirker helsen til pasienten. Lover en som sykepleier som bør sette seg inn i er lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven). Denne loven gir folket i Norge lik tilgang på tjenester og rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. I denne loven finn en to sentrale paragrafer «§2-1 a. Rett til nødvendig hjelp fra

kommunens helse- og omsorgstjeneste», «§ 2-1 b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialhelsetjenesten» og «§ 2-5. Rett til individuell plan» (Pasient og brukerrettighetsloven. 1999).

To av studiene viser til at treningen er et tiltak som har positiv effekt for å kunne påvirke depresjon. Eng og Reime (2014, s. 736) viser til at trening har positiv effekt både i den subakutte fasen og kroniske fasen i rehabiliteringen etter hjerneslag. Ved å få hjelp til å få tildelt en individuell plan vil en kunne få kommet enklere i gang med trening. Enten egentrening eller en plan som sykepleieren og andre i et eventuelt tverrfaglig team om hjerneslag pasienten enten har dekning av ergoterapeut og fysioterapeut i kommune eller i bruk på rehabiliteringssenter. Her får en deltatt i øvelsen i lag med pasienten som igjen skaper gode relasjoner mellom sykepleier og pasient.

## 6 Konklusjon

Jeg har gjennom mitt arbeid av denne bacheloroppgaven kommet fram til at som sykepleier har man tilgjengelig mange ulike verktøy å bruke med tanke på oppgavens problemstilling som er hva kan man som sykepleier gjøre for å minske risikoen for depresjon hos pasienter med hjerneslag. Forskningsartiklene inneholdt relevante og varierte behandlingsmetoder en kan bruke, både medisinsk og terapeutisk samtidig ulike kartleggingsverktøy. Som ene studiet angående kartleggingsverktøy så finnes det ingen gullstandard for hva som er riktig metode, men det var viktig å være allsidig og finne den mest riktige og tilpasset metoden til situasjonen og i forhold til pasientens hensikt. Dette trur jeg gjenspeiler den dynamiske prosessen en opplever ellers som sykepleier der samfunnet utvikler og forandrer seg hele tiden. Det gjeld å måtte tilpasse seg.

Hjerneslag er en sykdom en som sykepleier møter og en må ha innsikt i for å kunne hjelpe pasienten i de ulike fasene ved sykdommen. Med tanke på den forebyggende effekten av depresjon hos hjerneslag pasienter står sykepleieren sentralt i arbeidet for å kunne håndtere dette i lag med et større tverrfaglig team. En sykepleier som har tid, viser forståelse, lytter og viser engasjement for en pasient med hjerneslag danner et godt utgangspunkt i videre behandling med ønsket positivt resultat ved å bruke tilpasset verktøy til hver enkelt pasient.

### 6.1 Anbefalinger til videre forskning

Etter å ha jobbet med dette systematiske litterastudiet sitter jeg igjen med erfaringer til videre forskning. I videre forskning kan en dra inn angst i større grad i lag med depresjon, da dette er også en faktor som påvirker hjerneslagpasientens sin tid rundt opplevelse i ettertiden av å ha hatt et slag. Samtidig kunne en også ha inkludert mer pårørende i dette studiet da de også har en sentral rolle rundt dette temaet.

# Referanser

Barra, Mathias, Evensen, Gina Sophie Hvidsten & Valeberg, Berit Taraldsen. (2016). Cues and clues predicting presence of symptoms of depression in stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 546-556. <https://doi.org/10.1111/jocn.13482>

Bruusgaard, D. (2019, 21 januar). *Pasient*. <https://sml.snl.no/pasient>

Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eng, J. J., & Reime, B. (2014). Exercise for depressive symptoms in stroke patients: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 28(8), 731–739. <https://doi.org/10.1177/0269215514523631>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Hadidi, N. N., Huna Wagner, R. L., & Lindquist, R. (2017). Nonpharmacological Treatments for Post-Stroke Depression: An Integrative Review of the Literature. *Research in Gerontological Nursing*, 10(4), 182–195. <https://doi.org/10.3928/19404921-20170524-02>

Helsebiblioteket.no (2016a, 06, mars). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket.no (2016b, 06, juni). *Søketeknikker*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>

Helsedirektoratet. (2017, 21 desember) *4.7 Depresjon og emosjonell labilitet.*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/depresjon-og-emosjonell-labilitet#tiltak-ved-depresjon>

Helsenorge. (2022, 4. februar). *Hva er hjerneslag?*

<https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerneslag/hjerneslag-arsaker/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2021-06-18-118). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

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.

Kanalregister (u.å.) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler.* Hentet 21. desember 2021 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Kerr, D., McCann, T., Mackey, E., & Wijeratne, T. (2018). Effects of early motivational interviewing on post-stroke depressive symptoms: A pilot randomized study of the Good Mood Intervention program. *International Journal of Nursing Practice (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(4), 1–8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12657>

Kirkevold, M. (2018). Hjerneslag. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten.* (2. utg., s. 468- 470) Gyldendal Norsk Forlag AS.

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/sykepleiefagets.teoretiske.utvikling.2013.0134>

Kristoffersen, N. J. (2016). *Sykepleiefagets teoretiske utvikling*. I Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red.) Grunnleggende Sykepleie Bind 3 (3.utgave, s.53 - 64) Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Hva gjør en sykepleier?* Hentet 20. Mai 2022 fra <https://www.nsf.no/nsf-student/hva-gjor-en-sykepleier>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2014). *JOBB KUNNSKAPSBASERT! – En arbeidsbok* (2. utg). Akribe.

Pasient og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-2021-05-07-31). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2)

Solhaug, S. (2017, 27 juni) Trenger du hjelp med systematisk litteratursøk? Vi hjelper deg. *NTNU blogger*.

<https://www.ntnu.no/blogger/ub-samfunn/2017/06/27/trenger-du-hjelp-med-et-systematisk-litteratursok-vi-hjelper-deg/>

Sosialtjenesteloven. 2009. *Lov om sosial tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*. (LOV-2021-06-18-127). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>

Sunnaas sykehus.(2021, 7 januar). Hjerneslag-rehabilitering. <https://www.sunnaas.no/behandlinger/hjerneslag-rehabilitering#helhetlig-rehabilitering>

Towfighi, A., Ovbiagele, B., El Hussein, N., Hackett, M. L., Jorge, R. E., Kissela, B. M., Mitchell, P. H., Skolarus, L. E., Whooley, M. A., Williams, L. S., & American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Quality of Care and Outcomes Research (2017). Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 48(2), e30–e43.

<https://doi.org/10.1161/STR.000000000000113>

Van Dijk, Mariska J, Hafsteinsdottir, Thora B, Schuurmans, Marieke J & de Man-van Ginkel, Janneke M. (2018). Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 2882-2893. <https://doi.org/10.1111/jan.13806>

Vlachos, Ihle-Hansen, H., Wyller, T. B., Brækhus, A., Mangset, M., Hamre, C., & Fure, B. (2021). Cognitive and emotional symptoms in patients with first-ever mild stroke: The syndrome of hidden impairments. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 53(1), jrm00135–jrm00135. <https://doi.org/10.2340/16501977-2764>

Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. G. (2017). Sykepleie ved hjerneslag. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.) *Klinisk sykepleie 2* (5 utg. s. 301-328). Gyldendal akademisk.





## Vedlegg 1.

Søkeord	Dato	Database	Avgrensning	Antal I treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Nurs* AND Depression AND Stroke	17/12 -21	Cinahl	-Nurs* (use: "Nurses" → Nursing Manpower (sykepleier arbeid). -Search with AND (kombinasjonsord). År 2016-2021. Full text. Peer reviewed.	3	3	3	1 Kerr, D., McCann, T., Mackey, E., & Wijeratne, T. (2018).
Nurs* AND Depression AND Stroke	19/12 -21	Pubmed (Google translate for å få gratis tilgang til den ene valgte artikkel)	Abstract, Ful text, Review, 5 years (2016- 2021). Journal: Medline. Language: English.	26	3	2	2 -Hadidi, N. N., Huna Wagner, R. L., & Lindquist, R. (2017). -Towfighi, A., Ovbiagele, B., El Hussein, et al. (2017)

Hjerneslag og depresjon	5/12-21	Snøballeffekt Sykepleien.no	År 2011- år 2021	2	2	2	1 Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M. (2013)
Nurs* AND Depression AND Stroke -Søkte med "Search as Keyword" på alle	17/4-22	PsycInfo	Past 5 years Peer reviewed Journal	50	4	1	1 Barra, M., Evensen, G. S. H. & Valeberg, B. T. (2016)
Nurs* AND Depression AND Stroke -Søkte med "Search as Keyword" på alle	18/4	PsycInfo	Past 5 years Peer reviewed Journal	50	4	1	1 Van Dijk, M. J., Hafsteinsdottir, T. B., Schuurmans, M. J. & de Man-van Ginkel, J. M. (2018)
Nurs* OG Depression OG Stroke	21/4-22	Oria	Materialtype: Artikler Språk: Norsk Utgivelsesdato: siste 5 år	71	3	2	1 Vlachos et al. (2021)
«Exercise for depressive symptoms in	30/4-22	Manuelt søk Pubmed	Ingen	10	1	1	1 Eng, J. J. & Reime, B. (2014)

stroke patients"							
---------------------	--	--	--	--	--	--	--

## Vedlegg 2.

### Litteratormatrise 1.

<b>Referanse</b>	Kerr, D., McCann, T., Mackey, E., & Wijeratne, T. (2018). Effects of early motivational interviewing on post-stroke depressive symptoms: A pilot randomized study of the Good Mood Intervention program. <i>International Journal of Nursing Practice (John Wiley &amp; Sons, Inc.)</i> , 24(4), 1–8. <a href="https://doi.org/10.1111/ijn.12657">https://doi.org/10.1111/ijn.12657</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Målet til denne randomisert kontrollert pilot-studie var å undersøke muligheten for tidlig motiverende intervju for å regulere sinnstemning etter akutt hjerneslag.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	Anxiety, depression, motivational interviewing, nurses, quality of life, stroke
<b>Metode</b>	<p><u>Design:</u> Randomisert kontrollert pilot-studie. Intervensjonsgruppepasienter som mottok 3 individuelle motiverende intervjuer fra enten sykepleier eller sosial arbeider før de ble utskrevet fra sykehuset.</p> <p><u>Deltakere:</u> Voksne pasienter som har hatt slag i tidsperioden år 2013 til år 2014.</p> <p><u>«Blinding»-design:</u> Forskningsassistenten som samlet inn dataene var «blind» under gruppeoppgaven.</p>

	<p><u>Utfall:</u> Dataene som ble samlet inn ble fordelt gjennom 3 tidspunkter: Startpunkt, første-måned og tredje-måned oppfølging- Utfallsmålene (angst, depresjon, livskvalitet) ble analysert av beskrivende statistikk.</p>
<p><b>Resultat/ konklusjon</b></p>	<p>Resultat: Førtiåtte pasienter ble registrert, 79% oppnådde retensjon (bedret hukommelse) etter 3 måneder. Åtte deltakere trakk seg (16,7%) og 2 kunne ikke delta pga død (2,1%) og ny afasidebut (2,1%). Det stod igjen 38 deltakere ved den endelige kohorten (Intervensjon: N = 18, Kontroll: N = 20). Angst, depresjon og livskvalitet viste ingen signifikante endringer i undersøkelsesperioden.</p> <p>Konklusjon:</p> <p>Det anbefales å kreve nøye utformende undersøkelser for å undersøke/studere effekten av tidlig motiverende intervju for å kunne påvirke/regulere sinnstemningen hos pasienter som har gjennomgått hjerneslag. Terapiformen kan sykepleiere bruke for å administrere, men det er viktig med gode ressurser når det kommer til opplæring og nøyaktighet.</p>
<p><b>Relevans</b></p>	<p>Denne studien viser til bruken av motiverende intervju ved rehabilitering etter gjennomgått hjerneslag og oppfølgingsprosessen etter tidsperioder og effekten av dette. Studien tar opp faktorer som er relevant med tanke på problemstilling og viser at motiverende intervju er et viktig redskap en som sykepleier bør kunne i behandling hos slagpasienter.</p>

Litteratormatrise 2.

<b>Referanse</b>	Hadidi, N. N., Huna Wagner, R. L., & Lindquist, R. (2017). Nonpharmacological Treatments for Post-Stroke Depression: An Integrative Review of the Literature. <i>Research in Gerontological Nursing</i> , 10(4), 182–195. <a href="https://doi.org/10.3928/19404921-20170524-02">https://doi.org/10.3928/19404921-20170524-02</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Hensikten med dette studiet er for å vise til kunnskapsstatusen om ikke-farmakologiske behandlinger for PSD og fremstille funnene og effekten til disse.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	"Stroke or cerebrovascular accident," "depression or depressive disorder," "integrative therapy," and "complementary therapy."
<b>Metode</b>	<p>Her brukte de databasene MEDLINE, CINAHL og PsycINFO- I søket brukte de søk fra år mai 1992 frem til år 2016. Nøkkelordene i som ble brukt i søket var: «slag eller cerebrovaskulær ulykke», «depresjon eller depressiv lidelse», «integrativ terapi» og «komplementær terapi». «Behandling» var underkategori under depresjon.</p> <p><u>Eksklusjonskriterier:</u> «Antidepressive midler», oversiktartikler, kvalitative artikler, studier med færre en 10 deltakere, casestudier og upubliserte data.</p> <p><u>Inklusjonskriterier:</u> Alle nøkkelordene som ble brukt, originale kvantitative studier om komplementære og alternative terapier, PSD som var publisert på engelsk, randomiserte kontrollerte studier og eksperimentelle, observasjons- og kvantitative studier i fagfelle-vurderte tidsskrifter; deltakerne måtte være overlevende slagpasienter; ikke-farmakologisk intervensjoner måtte testes; og depressive symptomer måtte inkluderes som et resultatmål.</p>
<b>Resultat/ konklusjon</b>	Resultat/Konklusjon:

	Studiene sine resultater indikerer forbedring av depressive symptomer ved inkluderende økosystemfokusert terapi, livsgjennomgangsterapi, problemløsningsterapi, meridian akupressur, repeterende transkraniell magnetisk stimulering, musikk terapi, trening, lysterapi, motiverende intervjuer og robotassistert nevrorehabilitering.
<b>Relevans</b>	Denne studien viser til ulike måter en som sykepleier kan være med å behandle depresjon hos overlevende slagpasienter ved hjelp av ulike verktøy og teknikker. Studiet er relevant med tanke på problemstillingen og er også veldig interessant når de er opptatt av å behandle depresjon uten medikament.

Litteratormatrise 3.

<b>Referanse</b>	Towfighi, A., Ovbiagele, B., El Hussein, N., Hackett, M. L., Jorge, R. E., Kissela, B. M., Mitchell, P. H., Skolarus, L. E., Whooley, M. A., Williams, L. S., & American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Quality of Care and Outcomes Research (2017). Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. <i>Stroke</i> , 48(2), e30–e43. <a href="https://doi.org/10.1161/STR.000000000000113">https://doi.org/10.1161/STR.000000000000113</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Depresjon forekommer hos omtrent en tredjedel av overlevende slagpasienter. Dårlig funksjonell utfall og høyere dødelighet er assosiert blant denne pasientgruppen. Postslagdepresjon (PSD) er en av de vanligste komplikasjonene etter gjennomgått hjerneslag. Her finnes det få retningslinjer for hva en må gjøre. Faktorer som vurdering, behandling og forebygging av PSD Denne vitenskapelige kunngjøringen har som hensikt å oppsummere publiserte bevis om årsaker, predisponerende faktorer, epidemiologi, undersøkelse, behandling og forebygging av PSD: for å opplyse hull/mangler i litteraturen. Dette vil gi virkning for ledelse i klinisk praksis.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	AHA Scientific Statements, depression, management, prevention & control, screening, stroke, treatment
<b>Metode</b>	Nominerte skrivegruppemedlemmer ble dannet på grunnlag av tidligere relevant arbeid og emneområde.  Her var flere yrkesgrupper innen helse representert (Nevrolog, psykiater, psykolog, biostatikker og sykepleier). Medlemmene møtes så via telefonsamtaler der de bestemte seg for underkategoriene som skulle evalueres. Dette ble 9 felt som tar opp følgende:  1 Forekomst, prevalens og naturhistorie.  2 Patofysiologi.



	<p>3 Prediktorer</p> <p>4 Funksjonelle resultater.</p> <p>5 Livskvalitet (QOL).</p> <p>6 Bruk av helsetjenester.</p> <p>7 Dødelighet.</p> <p>8 Screening/undersøkelse.</p> <p>9 Ledelse og forebygging.</p> <p>Hver underkategori ble ledet av en hovedforfatter, med 1 til 3 ekstra medforfattere.</p> <p>Der ble gjort fullstendige søk i databasene PubMed, Ovid Medline, Ovid Cochrane Database of Systematic Reviews, Ovid Central Register of Controlled Trials-databases, Internet Stroke Center/Clinical Trials Registry (<a href="http://www.strokecenter.org/trials/">http://www.strokecenter.org/trials/</a>) og National Guideline Clearinghouse ( <a href="http://guideline.gov/">http://guideline.gov/</a>) her ble avgrensningene som engelskspråklige artikler om menneskelige emner og de var publisert til februar år 2015.</p>
<p><b>Resultat/ konklusjon</b></p>	<p>Resultat/Konklusjon:</p> <p>De mest konsistente predikatorene for postslagdepresjon (PSD) inkluderer fysiske funksjonshemninger, alvorlighetsgraden av slag, depresjon før hjerneslag og kognitiv svikt. Personer som har PSD har hyppigere bruk av helsetjenester, stiller svakere fysisk og redusert livskvalitet og høyere mortalitet. I flere screeningsverktøy viser det en pålitelig identifikasjon av depresjon hos overlevende slagpasienter. Dette resulterer i viktigheten rundt videre studier er nødvendige for å kunne tilrettelegge og optimalisere riktig behandling, verktøy og oppfølging screening.</p>

<b>Relevans</b>	Denne vitenskapelige og tverrfaglige uttalelsen er veldig relevant for problemstillingen. Den viser til viktigheten å ha god kunnskap og ulike verktøy for å kunne kartlegge og redusere depresjon hos slag pasienter. Den viser også til hvor viktig det er å jobbe tverrfaglig på kryss med andre yrkesgrupper.

Litteratormatrise 4.

<p><b>Referanse</b></p>	<p>Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M. (2013) Å leve med depresjon etter hjerneslag.                  Sykepleien forskning 8(4) (s.334-342) Doi:  <a href="https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0134">https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0134</a></p>
<p><b>Studiens hensikt/mål</b></p>	<p>Artikkelens hensikt kommer tydelig frem gjennom følgende forskningsspørsmål: «Hva er karakteristisk for depresjon etter hjerneslag slik den er erfart og kommer til uttrykk hos slagrammete?», «Hvordan er det å leve med depresjon etter hjerneslag de første 18 månedene etter slaget?» og «Hvordan endrer erfaringen med depresjon seg over tid?».</p>
<p><b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b></p>	<p>Kvalitativ studie, longitudinell studie, hjerneslag, depresjon, rehabilitering og sorg</p>
<p><b>Metode</b></p>	<p>En kvalitativ studie. Studien har et longitudinelt, deskriptivt design og er basert på gjentakende dybdeintervjuer med ni deprimerede slagrammete. Intervjuene er analysert i et hermeneutisk fenomenologisk perspektiv</p>
<p><b>Resultat/ konklusjon</b></p>	<p><u>Resultat:</u>                  Depressive symptomer og konsekvensene etter slaget er vevd sammen og derfor vanskelig å skille.                  Erfaringen med å håndtere, leve med og akseptere tap var essensiell, og depresjonssymptomene ble forstått, beskrevet og forklart med utgangspunkt i det som var tapt etter slag.</p>

	<p><u>Konklusjon:</u></p> <p>Depressive symptomer etter slag kan være en sorgreaksjon. Livssituasjon, grad av nedsatt funksjon, samt sosial kontekst kan påvirke hvordan depresjonen endrer seg over tid. To sårbare grupper pekte seg ut: Eldre som lever alene og yngre med forpliktelser i forhold til arbeid, økonomi, familieliv og barn.</p>
<b>Relevans</b>	<p>Denne studien gir et godt innblikk i hvordan individer erfarer og opplever hjerneslag. Viser til opplevelser rundt identitetstap og personens selvoppfatning.</p>

Litteratormatrise 5.

<b>Referanse</b>	Vlachos, Ihle-Hansen, H., Wyller, T. B., Brækhus, A., Mangset, M., Hamre, C., & Fure, B. (2021). Cognitive and emotional symptoms in patients with first-ever mild stroke: The syndrome of hidden impairments. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 53(1), jrm00135–jrm00135. <a href="https://doi.org/10.2340/16501977-2764">https://doi.org/10.2340/16501977-2764</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Målet med denne prospektive, observasjons, kohort studien var å evaluere 117 deltakere sin utbredelse av skjulte svekkelser 12 måneder etter første gangs slagpasienter i alder 70 år eller yngre.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	mild stroke; younger patients; cognitive impairment; depression; anxiety; apathy; fatigue; hidden impairments
<b>Metode</b>	<p>Ved 12 måneders kontrollen, blei subjektene vurdert av følgende valide målinger for vesentlige kognitive domener, fatigue, depresjon, angst, apati og patologisk latter og gråt.</p> <p>12 måneder oppfølgingskontrollen blei gjennomført ved å bruke den universelle screening testen «The Mini Mental State Examination Norwegian Revision 2» (MMSE NR2). Her tester en kognitiv og emosjonelle domener og evaluerer test resultatene ut ifra MMSE NR 2.</p> <p>Inklusjonskriterier: Alderen 18-70 år som har hatt milde hjerneslag</p> <p>Eksklusjonskriterier: Pasienter med en kognitiv score &gt; 3,2 på Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)- test. Pasienter som ikke snakker norsk. Pasienter med tidligere psykiske lidelser. Pasienter som fikk et nytt hjerneslag etter det første året etter utskrivelse.</p>

<b>Resultat/ konklusjon</b>	<p>Resultat: Totalt hadde 78 pasienter (67%) det vanskelig med ett eller en kombinasjon med de kognitiv domene (psykomotorisk tempo, oppmerksomhet, utøvende og visuospatial funksjon og minne. I tillegg hadde 50 pasienter (43%) forverring i enten en eller en kombinasjon av det emosjonelle målingene av angst, symptomer på depresjon, fatigue eller emosjonell labilitet. Totalt av 32 pasienter (28%) hadde både kognitive og emosjonelle svekkelse. Bare 21 pasienter (18%) fikk en skår innenfor referanseområdet i kognitiv og emosjonell.</p> <p>Konklusjon: Skjulte svekkelser er vanlig etter det første gjennomgåtte milde hjerneslaget hos yngre pasienter. Leger innen hjerneslag bør bruke screeningsverktøy som fanger opp skjulte svekkelser hos denne type pasientgruppen.</p>
<b>Relevans</b>	<p>Denne norske studien er relevant fordi den tar føre seg et tema som svarer på problemstillingen min. Siden forskningen er utført i Norge så er den veldig relevant i forhold til norsk helsevesen. Den tar for seg hvordan en kan bruke målingsverktøy på yngre slagpasienter med mild slag og hvordan dette påvirker livet til pasientene etter gjennomgått første slag, både det kognitive og det emosjonelle.</p>

Litteraturmatrise 6.

<b>Referanse</b>	Barra, Mathias, Evensen, Gina Sophie Hvidsten & Valeberg, Berit Taraldsen. (2017). Cues and clues predicting presence of symptoms of depression in stroke survivors. Journal of Clinical Nursing, 26, 546-556. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13482">https://doi.org/10.1111/jocn.13482</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Undersøkelse av hva omfanget er av selvrapporterte signaler i manglende behandling eller bekymringer av mangelfull helsehjelp hos slagrammede pasienter i Norge i pre,- peri – og postsjukehus fase der en ser assosiasjoner til symptomer av depresjon til disse slagoverlevende. En ser at slagoverlevende er utsatt for depresjon. Derfor vil en enkelt finne ut hvilken typer signaler en som sykepleier bør fang opp med tanke på pasientens psykiske velvære. Studien deler opp signalene i cue 1 og cue 2. Cue 1 rapporterer en den subjektive mangelen på rehabilitering og det generelle. Cue 2, en uttrykt bekymring om at helsebehovene ikke blir dekket tilstrekkelig.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	communication, depression, health services research, nurse-patient relationship, patient-centred care, stroke, HADS, cues, concerns
<b>Metode</b>	Tverrsnittstudieundersøkelse av slagoverlevede tre måneder etter utskrivning hos en slagenhet, der subjektene fikk utdelt spørreskjema til bruk i studiet. Det ble laget en statistikk med beregninger av utvalgspopulasjonen og en modell av binær logistisk der en har estimert hvordan en har subjektivt oppfattet mangel på rehabilitering og rapportering av lav tillit til helsevesenet der en har tatt med målinger av symptomer av depresjon og målingen av sykehusangst og depresjonsskala.
<b>Resultat/ konklusjon</b>	<p>Resultat:</p> <p>22,6% av pasientene som ble utskrevet kunne rapportere depresjon som symptom etter tre måneder. Både folk i gruppene cue 1 og cue 2 kunne vise til depresjon blant befolkningen.</p> <p>Konklusjon:</p>

	Helsepersonell som kommer i kontakt med slagoverlevende som rapporterer at de har opplevd mangler i rehabilitering eller uttrykker bekymringer manglende helsehjelp. Her må en som helsepersonell sørge for at mental helse vil være i fokus og videre må en vurdere utredning av depresjon hos disse pasientene.
<b>Relevans</b>	Med fokus på depresjon hos slagpasienter og andre faktorerer som påvirker rehabilitering til en slagoverlevende får en innsikt i hvordan en som sykepleier bør legge til rette og ha et økt fokus på hos slagpasienter. Samtidig det med å trygge denne pasientgruppen om en riktig og god oppfølging.



Litteraturliste 7.

<b>Referanse</b>	Van Dijk, Mariska J, Hafsteinsdottir, Thora B, Schuurmans, Marieke J & de Man-van Ginkel, Janneke M. (2018). Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 74, 2882-2893. <a href="https://doi.org/10.1111/jan.13806">https://doi.org/10.1111/jan.13806</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Utforskning av gjennomførbarheten til et verktøysett en kan bruke i post-stroke depresjon «PSD-toolkit» (post-stroke depression-toolkit). Hvordan dette verktøysettet kan brukes i daglig sykepleiepraksis med tanke på nøyaktighet og aksepten. Dette ble delt opp i tre faser (en pre-implementeringsfase, en implementeringsfase og en fase knyttet til bærekraft) og vurdert etter seks måneder. Her fikk en identifisert hvilke elementer som kan være med i forbedring av et verktøysett en bruker i det daglige under sykehusoppholdet ved slagbehandling.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	Complex intervention, depression, nursing, stroke.
<b>Metode</b>	<p>Studie design med kombinert metode med spørreskjema og intervjuer. Studien har en før og etter studie-design. Data ble her samlet inn i en periode mars 2012 til juni 2013 og delt opp i de tre fasene: en pre-implementeringsfase en implementeringsfase (her ble implementeringsstrategiene styrt av implementeringen), og en fase knyttet til bærekraft (utført uten implementeringsstrategiene). Disse involverte Pasient-kartleggingsintervju, undersøkelse og individuelle fokus gruppe intervju med sykepleiere.</p> <p>Pre-implementeringsfasen besto av pasient-kartleggingsintervju for å måle sykepleierens sine handlinger sin påvirkning på depresjonen blant slagpasientene. Dataene ble brukt som en standard der en kan måle endringer som foregår under depresjonsscreening og bruk av intervensjoner etter implementering av PSD-verktøysettet. Implementeringsfasen, her brukte</p>

	<p>en implementeringsstrategier for implementeringen og i siste fase som kvar knyttet til bærekraft ble det utført uten implementeringsstrategi.</p> <p>Teamet bestod av to forskere og fem sykepleiere.</p>
<p><b>Resultat/ konklusjon</b></p>	<p>Resultat:</p> <p>Totalt 775 subjekter ble gjennomgått for å undersøke nøyaktigheten. Implementerings av PSD-verktøysett for depresjon under implementeringsfasen resulterte i en økning på + 72,9% på screening av depresjon, flere pasienter mottok sykepleieintervensjoner + 11,1%. En såg en reduksjon på - 16,3% under bærekraftsfasen, mens sykepleieintervensjonen ble her uendret 0,6%. Totalt sett ble aksepten av verktøyet vurdert til å være godt.</p> <p>Konklusjons:</p> <p>En ser at bruken av verktøyet ved depresjon etter slag var gjennomførbart i form av nøyaktighet og aksept. Forbedring av strukturell screening ved depressive symptomer og en anvender sykepleieintervensjoner ved tilfeller en ser positiv screening hos pasienter.</p>
<p><b>Relevans</b></p>	<p>Å være sykepleier hos slagrammede pasienter som kan oppleve å få post-slag depresjon er det å ha riktig verktøy i form av skjemaer og en riktig og nødvendige oppfølging en viktig brikke i prosessen for å kunne hjelpe pasienten i løpet av denne tiden på best mulig måte.</p>

Litteraturmatrise 8.

<b>Referanse</b>	Eng, J. J., & Reime, B. (2014). Exercise for depressive symptoms in stroke patients: a systematic review and meta-analysis. <i>Clinical Rehabilitation</i> , 28(8), 731–739. <a href="https://doi.org/10.1177/0269215514523631">https://doi.org/10.1177/0269215514523631</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Å finne ut gjennom en systematisk oversikt og studier tatt ut fra en metaanalyse av relevante randomiserte kontrollerte studier (RCT) at en kan finne bevis på at fysisk trening påvirker depressive symptomer hos slagpasienter.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	Depression, exercise, meta-analysis, stroke, systematic review
<b>Metode</b>	<p>Det ble søkt etter RCT-studier som evaluerte effekten av strukturerte treningsprogram (f.eks. funksjonell, motstands- eller aerob trening) med fokus på depressive symptomer.</p> <p>PRISMA-retningslinjer (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses ) ble brukt for å kunne systematisk gå gjennom RCT. Databasene: Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) og Physical Therapy Evidence Database (PEDro Database).</p> <p>Inklusjonskriterier: RCT-studier som evaluerte effekten fysisk trening har på depressive symptomer. Studier som evaluerte en treningsintervensjon mot en kontrollgruppe som trente med en lavere intensitet (f.eks. 60 minutter vs. 30 minutter daglig trening). Et forhold til trening som er planlagt, strukturert, repeterende og målrettet, målet er enten forbedring eller vedlikehold av fysisk form og optimalisere fysiske funksjoner.</p>

	<p>Ekklusjonskriterier: Studier som brukte elektrisk stimulering. Trening med fokus på overekstremitet. Passive bevegelser. Motorisk fin teknikk trening. Studier som brukte humørskala istedenfor å bruke skala for symptom av depresjon. Treningsintervensjoner som hadde lignende treningsintensitet.</p>
<p><b>Resultat/ konklusjon</b></p>	<p>Resultat:</p> <p>Det ble funnet 13 studier og totalt 1022 deltakere i denne metaanalysen. Trening gir en mindre depressive symptomer, til og med rett etter en treningsøkt er avsluttet. Trening har god effekt i fasene subakutt (mindre enn seks måneder etter slag) og den kroniske fasen etter gjenopptrening. Trening med høy intensitet viste en signifikant effekt. Dokumentering bruken av antidepressiva under studiet ble ikke utført, derfor kan den potensielle effekten av forstyrrelse den kunne ha hatt med tanke på trening ikke vurderes.</p> <p>Konklusjon:</p> <p>For å redusere og forebygge depressive symptomer hos slagpasienter enten i subakutt eller i kronisk fase kan trening potensielt ha en behandle effekt.</p>
<p><b>Relevans</b></p>	<p>Denne studien er i hovedsak rettet mot fysioterapi arbeid, men jeg føler at den også er veldig relevant for en sykepleier som skal jobbe i en rehabiliteringsavdeling der en treffer slagpasienter eller i andre tilfeller. Samtidig vektlegger den også hvilke type trening som er riktig å bruke hos slagpasienter som er viktig å kunne med tanke på sykepleierens veiledende rolle hos slagpasienter.</p>

# Vedlegg 3

## Analysetablell

Artikkel	Viktige funn
1	<p><b>Tiltak: Motiverende intervju.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Bedrer humør blant deltagere</li><li>-Undersøkelsen hadde ingen signifikante påvirkninger på angst, depresjon og livskvalitet.</li></ul>
2	<p><b>Tiltak: Ulike typer terapi som økosystemfokuset terapi, lysterapi og problemløsningsterapi.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Forebygget depressive symptomer. Hjalp deltakerne med å få en bedre stressmestring, økt mestringsfølelse, økt deltakelse i aktiviteter som er verdifulle eller belønnende.</li><li>-Bedret: Høg intensitet lys behandling gav en signifikant effekt mot depresjon</li><li>- Problemløsningsterapi hjalp deltakerne å bryte ned problemer til mer handterbare løsninger. Har vist å signifikant redusere depresjon over tolv måneder.</li></ul> <p><b>Tiltak: Motiverende intervju</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Bedret Signifikant påvirkning på humør.</li></ul> <p><b>Tiltak: Trening.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-De ulike studiene viser til blandede resultater. Noen viser en signifikant forskjell mellom to grupper når det kommer til hvordan trening kan påvirke PSD andre finner ingen signifikant forskjell.</li></ul>
3	<p><b>Tiltak: Medisinsk behandling med fluoksetin.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Lavere forekomst av PSD.</li></ul> <p><b>Tiltak: Screening hos slagpasienter (CES-D, HDRS og PHQ-9)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Verktøy som kan være med å tidligere oppdage depresjon hos slagpasienter.</li></ul>

	<p><b>Tiltak: Antidepressive medisiner.</b></p> <p>-Hjelper til i behandling av PSD.</p> <p><b>Tiltak: Psykososiale intervensjoner som innebærer kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju og psykologiske intervensjoner hvor terapeuten er aktiv og støttende.</b></p> <p>-Studier indikerer at behandlingsformen kan ha en effekt for PSD.</p> <p><b>Tiltak: Utgitt informasjon fra helsearbeider</b></p> <p>-Positiv effekt hos pasienter.</p>
4	<p><b>Tiltak: helsepersonellens rolle i arbeidet med pasienten knyttet til hva helsepersonellet gjør, hva de sier, hvilken holdning de har og hvilken informasjon de deler informasjon og holdninger.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disse elementene kan påvirke hvordan den slagrammede ser på seg selv og sin situasjon, samt kan påvirke den slagrammedes opplevde mening med tilværelsen, forventinger og motivasjon.</li> </ul> <p><b>Tiltak: Kartlegging av depressive symptomer hos slagrammede er anbefalt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anbefaler jevnlig kartlegging av slagrammede ved bruk av kartleggingsverktøyene MADRS, HADS og GDS, men det finnes ingen kartleggingsverktøy som er rettet mot slagrammede.</li> </ul>
5	<p><b>Tiltak: Screeningverktøy</b></p> <p>-Studien viser viktigheten av å undersøke pasienten for skjulte svekkelser knyttet til det kognitive og det emosjonelle. Disse svekkelsene kan være knyttet til kognitive funksjoner som psykomotorisk hastighet, oppmerksomhet, eksekutive funksjoner (knyttet til evnen til å planlegge, problemløsning og regulering av atferd) og hukommelse. Disse ofte i kombinasjon med følelser som angst, depresjon, utslitthet og apati. Disse svekkelsene er fremtredende hos yngre slagpasienter opp til 12 måneder etter slag.</p>
6	<p><b>Tiltak: Screeningverktøy og se etter tegn på depressive symptomer.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Studien viser at en sammenheng mellom ulike tegn og symptomer på depresjon. To tegn var framtredende. Tegn en: pasient uttrykker bekymring for manglende mulighet for rehabilitering. Tegn to: pasient uttrykker bekymring for fremtidig helsebistand.</li> </ul>

	Ved begge disse tegnene hadde pasienten også symptomer på depresjon. Artikkelen anbefaler at helsepersonell ser etter tegn og bruker kartleggingsverktøy for å kunne fange opp tegn til depresjon.
7	<b>Tiltak: PSD-verktøysett for screening.</b> - Studien viser til en positiv effekt i bruken av screening med tanke på kartlegging av depresjon hos slagpasienter.
8	<b>Tiltak: Trening</b> - 13 studier viser at depressive symptomer som følge av slag reduseres etter fire eller flere uker med trening. Trening ser ut til å ha en positiv effekt på depressive symptomer og resultatene på disse studiene er relevante i arbeidet med å forebygge og behandle depressive symptomer.

