

Therese Ødegård (10144) og Line Nelly Yttergård (10019)

Hvilken rolle har sykepleier i å identifisere depresjon hos hjerneslagpasienter og med oppfølgingen av disse pasientene i ettertid?

Nøkkelord: Depresjon, hjerneslag, sykepleie, identifisering, ivaretagelse.

Keywords: Depression, stroke, nursing, identification, care.

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Solveig Struksnes

Mai 2022

Therese Ødegård (10144) og Line Nelly Yttergård
(10019)

Hvilken rolle har sykepleier i å identifisere depresjon hos hjerneslagpasienter og med oppfølgingen av disse pasientene i ettertid?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Solveig Struksnes
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
1.0 - Innledning	4
2.0 - Bakgrunn.....	5
2.1 - Hjerneslag	5
2.2 - Depresjon	6
2.3 - Kommunens ansvar.....	7
2.4 - Sykepleierens rolle.....	9
2.5 - Begrunnelse valg av tema	11
2.6 - Hensikt.....	11
2.7 – Problemstilling	12
3.0 - Metode	13
3.1 - Litteraturstudie som metode	13
3.2 – Problemstilling	13
3.3 - Avgrensning av oppgaven.....	14
3.4 – Søkeprosessen	14
3.5 - Utvalgsprosess	16
3.6 - Kvalitetssikring av artiklene	16
3.7 – Valgte artikler.....	18
3.8 - Analyseprosessen.....	19
4.0 - Resultater	24
4.1 - Litteraturmatrise.....	24
4.2 - Sammenfattet resultat.....	29
4.2.1 - Relasjonsbygging	29
4.2.2 - Identifisering	30
4.2.3 - Sosial integrasjon	30
5.0 – Drøfting.....	31
5.1 - Hvordan opprette en relasjon?	31
5.2 - Hvordan identifisere depresjon?	33
5.3 - Hvordan fremme sosial integrasjon?.....	35
5.4 - Kritisk vurdering av metode og kilder	37
6.0 - Konklusjon.....	39
Litteraturliste	41

Sammendrag

Tittel:	«Hva er sykepleierens rolle i å identifisere depresjon hos hjerneslagpasienter og hvordan følge opp disse pasientene i ettertid?»	Dato: 20.05.22
Forfattere:	Therese Ødegård og Line Nelly Yttergård	
Veileder:	Solveig Struksnes	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Depresjon, hjerneslag, sykepleie, identifisering, ivaretagelse	
Antall sider/ord: 46/10 378	Antall vedlegg: 0	
Bakgrunn: I Norge rammes ca. 12 000 personer av hjerneslag hvert år og vår opplevelse er at mange hjerneslagpasienter sliter psykisk etter sykdommen. Å identifisere depresjon etter hjerneslag er en krevende oppgave siden symptomer ved depresjon kan forveksles med forverring av hjerneslag eller liknende.		
Hensikt: Undersøke hva som er sykepleierens rolle i å identifisere depresjon hos slagpasienter og hvordan kan sykepleiere kan følge opp pasienter som har depresjon etter slag på en god måte.		
Metode: Litteraturstudie der det har blitt benyttet vitenskapelige artikler. Strukturert søk i databasene Medline (Ovid) Og Cinahl Complete.		
Resultat: Gjennom en god, profesjonell og personorientert kommunikasjon kan sykepleiere og pasienter bygge relasjon. Mellommenneskelig kontakt er viktig sykepleiere kan være med på å bygge opp selvtillit og håp for å lære pasienten hvordan de skal kunne mestre lidelse. Forskningen viser at både CES-D, GMS og MADRS kan brukes for å avdekke depresjon hos slagpasienter. MADRS er den raskeste å administrere og mest brukt i Norge. Allikevel finnes det ingen retningslinjer for bruk av kartleggingsverktøy for depresjon for slagpasienter i Norge, sykepleiere som jobber med slagpasienter har ofte ikke opplæring i disse verktøyene. Det er sammenheng mellom sosial integrasjon og funksjonsstatus, dermed sammenheng mellom økt depresjon og redusert funksjonsstatus. Sykepleiere kan bidra til å fremme sosial integrering ved bl.a. helhetlig omsorg og ved å se hele pasienten.		
Konklusjon: God relasjon mellom sykepleier og pasient kan bidra til bedre selvtillit og pasientens håp bygges opp, som er en motiverende faktor bak menneskelig atferd og handler om en fornemmelse av det mulige. For å kunne oppnå gode relasjoner vil omsorg og god kommunikasjon være viktig. Det er ingen standard for identifiseringsverktøy i bruk i dag, depresjon hos hjerneslagpasienter forblir ofte udiagnostisert og underdiagnostisert. Sykepleiere som jobber med hjerneslagpasienter, bør derfor få opplæring i identifiseringsverktøy for depresjon. Sykepleier bør bidra til å fremme sosial integrasjon og det kan gjøres gjennom helhetlig omsorg, salutogenese, godt omsorgsarbeid og via opplæring og undervisning.		

Abstract

Title:	What is the nurses part in identifying depression in stroke patients and how can these patients be followed up	Date: 20.05.22
Authors:	Therese Ødegård and Line Nelly Yttergård	
Supervisor:	Solveig Struksnes	
Keywords: (3-5)	Depression, stroke, nursing, identification, care	
Number of pages/words: 46/10 378	Number of appendix: 0	
<p>Background: In Norway ca. 12000 people suffer from stroke (cerebral infarct) every year. To identify depression after a stroke is a demanding task, as symptoms of depression can be confused and mixed up with deterioration of a stroke or similar symptoms (or something that resembles it).</p> <p>Aim: Examine what is the nurse's role in identifying depression in stroke patients and how nurses can follow up stroke patients that have depression positively.</p> <p>Method: The study is a literature study using scientific articles. Searches were conducted in the databases Medline (Ovid) and Cinahl Complete.</p> <p>Results: Through good professional and individual orientated communication, nurses and patients can build a relationship. During the building of relationships, interpersonal contact is important, and the nurses can be part of the building up of confidence and hope, so that the patient can master these complaints. Research shows that CES-D, GMS and MADRS can be used to uncover depression in stroke patient. MADRS is the fastest to administer and is the mostly used as an identification-tool in Norway. Nurses working in rehabilitation facilities etc. need to know how to use identification-tools. There is a correspondence between social integration and functional status, which further shows a connection between increased depression and reduced functional status. Nurses can contribute to promote social integration through holistic care.</p> <p>Conclusion: A good relationship between nurse and patient can give the patient better self-confidence and that his feeling of hope can be built up. This is a motivating factor behind human behavior and is based on a sensation of possibilities. There are no standard methods of identification in use today, which leads to depressions being undiagnosed. Nurses working with stroke patients should be trained in the use of identification methods for depression. Nurses need to develop social integration and this can be achieved by holistic care, salutogonises, good care work and guidance in relation to the patients and their next-of-kind.</p>		

1.0 - Innledning

I Norge rammes ca. 12 000 personer av hjerneslag hvert år, (Mathisen, Bjerke, og Skar, 2021) og vår opplevelse er at mange hjerneslagpasienter sliter psykisk etter sykdommen. Også forsker Hege Ihle-Hansen mener at mellom 20-40 % av hjerneslagpasienter vil slite psykisk etter en tid, grunnet blant annet kommunikasjonsproblemer og funksjonsnedsettelse (Jakobsen, 2017, avsnitt 6).

Det er vanskelig å diagnostisere depresjon etter hjerneslag siden det er et stort spekter av symptomer som også kan sees ved slag, og derfor kan symptomene oppfattes som å være forverring av hjerneslag, når det kan være depresjon, eller omvendt (Niloufar *et al.*, 2010)

Vi som sykepleiere har opplærings- og opplysningsplikt som bør brukes for å danne et bedre grunnlag for å forstå den psykiske påkjenningen som kommer også etter at pasientene er skrevet ut fra sykehus. Hjerneslag fører ofte til at mange blir ute av stand til å arbeide (Baseman *et al.*, 2010).

2.0 - Bakgrunn

Forskning viser at depresjon etter hjerneslag sjeldent blir diagnostisert eller at det blir feildiagnostisert og feilbehandlet (Niloufar *et al.*, 2010). Presentasjonen av bakgrunn bygger på fagkunnskap og forskningsbasert kunnskap. Bakgrunnen er inndelt i underkapitlene hjerneslag, depresjon, kommunens ansvar og sykepleierens rolle. Avslutningsvis vil hensikt og problemstilling presenteres.

2.1 - Hjerneslag

Hjerneslag skyldes at blodtilførselen til deler av hjernen blir hindret, enten grunnet en blodpropp som fører til hjerneinfarkt eller ved en sprekk i blodkar som kan føre til hjerneblødning. Om man opplever å få blodpropp, vil en eller flere av blodårene som går til hjernen bli tette. Området som blodproppen tetter av til, vil ikke få nok oksygenrikt blod gjennom årene og dermed miste tilførselen av oksygen, næring og få varig skade av dette. Hvis en blodåre sprekker og blodet kommer ut i hjernevevet, vil det kunne skapes et trykk på hjernecellene som er i området, og dermed dør hjernecellene av trykkskader og manglende blodtilførsel. Det kan vises til at ca. 85 prosent av alle hjerneslag er hjerneinfarkt, og 15 prosent er hjerneblødning (Mathisen, Bjerke, og Skar, 2021). Man kan finne ut hos en pasient hvor hjerneslaget sitter ved å se på utfallet og symptomer som den slagrammede har. Om den slagrammede har symptomer på hjerneslag på venstre hjernehalvdel, vises dette ved at pasienten får lammelse, nedsatt førlighet på høyre siden, adferden blir treg og man kan oppleve pasienten som mer mistenksomme, hukommelsessvikt som kan sees i forhold til språkforståelse og språkforstyrrelser. Om den slagrammede har symptomer på hjerneslag på høyre hjernehalvdel, kan dette sees ved at pasienten har lammelse og nedsatt førlighet på venstre siden. Man kan se en hukommelsessvikt i forhold til rom, avstandsbedømmelse og bevegelse, atferden blir mer rask og impulsiv (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2015).

2.2 - Depresjon

«Depresjon er en bred og heterogen diagnosegruppe, der sentrale symptomer er senket stemningsleie, mangel på interesse og glede over de fleste aktiviteter, tretthet og nedsatt energi» (Helsedirektoratet, 2009).

Det er viktig at en som sykepleier klarer å skille mellom depresjon, tristhet og motløshet. Depresjon er en alvorlig psykisk sykdom som kan medføre invalidiserende plager som kan sette mennesker helt ut av spill. Et kjennetegn ved depresjon er ruminering, som omhandler at en deprimert persons oppmerksomhet rettes mot mangler de opplever ved seg selv eller omgivelsene. Noen mennesker har en disposisjon for depresjon ved at de innehar en genetisk sårbarhet og ved at de gjennom tidligere livserfaringer har dannet seg en negativ forståelse av seg selv, sin fremtid, sine omgivelser og sine muligheter for å mestre problemer. Andre mennesker kan utvikle depresjon som en reaksjon på en tapsopplevelse, og denne teorien vil betrakte voksne, deprimerte personer som et svar på at grunnleggende behov for trygghet og omsorg ikke ble møtt på en god måte i barndommen (Håkonsen, 2015).

Innenfor kognitiv terapi er fokuset på hvordan personer opplever seg selv og sine omgivelser og at mennesker med depresjon forteller det meste som skjer på en negativ og selvkritisk måte. Depresjon har også en biologisk side som handler om signalstoffene serotonin og noradrenalin. Disse har stor funksjon for stemningsleiet, og da videre for humør, søvn, smerte m.m (Håkonsen, 2015).

Som sykepleier kan man observere de vanligste fysiske symptomene hos en pasient som opplever depresjon som er dårlig søvn, dårlig matlyst, å gå opp eller ned i vekt uten å ønske det, redusert energinivå, hodepine, slitenhet, mageproblematikk og rastløshet. De vanligste symptomene hos en pasient med depresjon som kan sees psykisk, er blant annet at pasienten kan være trist, nervøs, ha skyldfølelse, føle håpløshet, være irritabel og at de opplever å ha en mindreverdighetsfølelse. De sliter ofte med interesse for aktiviteter som de før har likt å drive med, tanker om døden, selvmordstanker, problemer med å fokusere, ta valg og huske ting (Løvhøiden og Welhaven, 2015).

I diagnosemanualen ICD-10 (International Classification of Diseases) deles depresjon inn i mild depressiv episode, moderat depressiv episode og alvorlig depressiv episode. Dette er et

verktøy for at helsepersonell skal tolke symptomer på lik måte (Helsedirektoratet, 2009). Det finnes også andre verktøy som kan bidra til diagnostiseringen av depresjon, slik som Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), Becks depresjonsinventorium-II, og hos eldre Geriatric Depression Scale (Helsedirektoratet, 2009).

Det finnes vurderingsskjema som kartlegger depresjon etter somatisk sykdom, slik som eksempelvis hjerneslag - Hospital Anxiety and Depression rating scale (HAD). HAD kan sees på som et nyttig verktøy, men kan ikke brukes diagnostisk (Helsedirektoratet, 2009). Dette er allikevel et verktøy som sykepleiere kan bruke i sitt arbeid for å kartlegge om eksempelvis hjerneslagpasienter viser depressive symptomer. Som sykepleier skal man ikke nødvendigvis diagnostisere, men det er en fordel at man vet om disse verktøyene og hva de handler om.

Poststroke depresjon (PSD) er ofte manifestert av tretthet, endringer i appetitt, søvn eller tap av interesser. Dessuten er diagnosen komplisert av afasi, anosognosi og uønskede kognitive konsekvenser av hjerneslag. Vurdering av PSD vanskeliggjøres siden symptomene på hjerneslag og depresjon kan være like. I tillegg til PSD er funksjonshemming en vanlig konsekvens av hjerneslag. Funksjonshemming og vurdering av slagutfall er viktig å ha med i vurderingen av depresjonssymptomer (Niloufar *et al.* (2010).

2.3 - Kommunens ansvar

§ 3-1 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) sier at *“Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester “*

§3-3 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) står det; *«Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.»*

Ved å bruke opplysning, råd og veiledning kan kommunens ansvar imøtekommes.

I praksis bør kommunene kunne tilby behandling både på døgn- dag- og hjemmebasis, og det burde gjøres ut ifra den hjerneslagrammedes individuelle behov. Rehabiliteringsprosessen bør være tverrfaglig organisert, der også frivillige kan være en del av rehabiliteringstilbudet.

Uansett hvor rehabiliteringen skal foregå, bør den følge de faglige anbefalinger som finnes.

Dersom det er mulig, kan rehabiliteringen foregå hjemme, og hver kommune bør ha et

tverrfaglig rehabiliteringsteam som har ansvar for rehabiliteringsarbeid med hjemmeboende hjerneslagpasienter (Helsedirektoratet, 2017).

Dette er nedfelt i §5 i Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) der det står:

“Kommunen skal planlegge sin habiliterings og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenestene inngår også i kommunens helse- og omsorgstilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re/habiliteringstilbud.”

Et annet element som kommunen har ansvar for, er pasient- og brukermedvirkning. Det står i forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) §4 at kommunen skal sørge for at hver enkelt bruker og pasient kan medvirke i gjennomføringen av habiliterings- og rehabiliteringstilbud, og at dette også er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999).

For å rekruttere frivillige til å delta i dette arbeidet, kan det gjøres gjennom organisering, koordinering, motivasjon, veiledning og opplæring. Det vises i forskning at norske kommuner ser et veldig stort behov for frivillige sin innsats for å kunne utvikle gode omsorgstjenester. I frivillighetsmeldingen sier regjeringen at behovet for samarbeid mellom kommunal og frivillig sektor er veldig viktig, og kommunene oppfordres til å kunne utvikle lokal frivillighetspolitikk. Denne strategien bygger på erfaringene som finnes og plattformen som er utarbeidet for samhandlingen mellom kommunene og frivillighet Norge. De tar utgangspunkt i mobilisering, organisering, koordinering, nettverksarbeid, arenaer for frivillighet, kunnskap og forskning (St.meld.29 (2012-2013)).

Definisjon «Profesjonell»:

«Det å være profesjonell innebærer å ta funderte valg, utøve profesjonelt skjønn og vite hva som er best i den enkelte situasjonen» (Greve, 2016, avsnitt 4).

Det oppleves utfordrende for kommuner med pasienter som har sammensatte hjelpebehov, blant annet fordi det delte ansvaret mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester praktiseres ulikt. Kommunene blir stadig pålagt mer ansvar, uten å få styrket sine ressurser i tilstrekkelig grad (Kommunesektorens organisasjon, 2016).

I det daglige må det gjøres prioriteringer både på faglig, politisk og økonomisk nivå innenfor de kommunale tjenestene. Bærekraftigheten til de kommunale tjenestene diskuteres, men de

kommunale helse- og omsorgstjenestene skal være et tilbud til alle som har behov for tjenester (Kjelvik, 2019). Pasienter med psykiske lidelser har rett til et verdig liv, og tjenestene som gis skal være individuelt tilpasset, tilgjengelige og helhetlige (Regjeringen, 2021).

Også problemer med rekruttering kommunalt skaper vansker for profesjonaliteten. Fra 2016-2026 vil det være en befolkningsvekst på ca. 500 000 (10%). I fremtiden må det ansettes flere personer enn det slutter for å kunne tilby de tjenestene som tilbys i dag (Kommunesektorens organisasjon, u.å). Samtidig viser norske undersøkelser at kun 20 prosent av nyutdannede sykepleiere ønsker å jobbe i kommunal sektor (Jentoft, N., Gundersen, E. N. og Hellang; Ø., 2021, avsnitt 2).

2.4 - Sykepleierens rolle

Sykepleiens grunnlag:

“Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (Norsk Sykepleierforbund, U.å, - a)

Sykepleiere og helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav som finnes for faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, ut ifra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Innunder dette vil det ligge at yrkesutøvelsen og virksomheten samlet gir et tjenestetilbud som er basert på kunnskap, trygghet og brukerinvolvering. Faglig forsvarlighet er både en faglig, etisk og rettslig norm om hvordan sykepleiere bør utøve sitt arbeid, og hovedpoenget er å beskytte pasienten mot handlinger som ikke er i tråd med denne normen (Norsk Sykepleierforbund, u.å, b).

Omsorgsfull hjelp handler ifølge Martinsen (2003) blant annet om at omsorgsarbeid er avhengig av en situasjonsforståelse som vil være avhengig av at en som sykepleier kan klare å sette seg inn i menneskets livssituasjon. Omsorg er et relasjonelt begrep med utgangspunkt i at mennesker er avhengige av hverandre. Samtidig er det et praktisk begrep som omhandler at

en deltar praktisk i den andres lidelse og at hjelpen gis betingelsesløst. Omsorg har også en moralsk side som må læres, som omhandler kvaliteten på relasjonen og hvordan vi er i relasjonen gjennom praktisk arbeid. For sykepleiere vil omsorg være bygget på en bevissthet om den praktiske kunnskapens betydning, og at både erfaring og fagopplæring er viktig. Ferdighetene kan være lært gjennom relasjoner, der det emosjonelle og rasjonelle utgjør en enhet. Innenfor utførelse av praktisk arbeid er intuisjon viktig, og intuisjon og klinisk skjønn må alltid komme foran teknologi. Dette kalles taus kunnskap og læres best gjennom eksempler (Martinsen, 2003). De yrkesetiske perspektivene vil være sentrale for sykepleiefaglige vurderinger, og disse bør brukes aktivt, eksempelvis punkt 1.1 som sier at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, og punkt 1.7 sier at sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk Sykepleierforbund, u.å, - a). Punkt 1.7 angående egen kompetanse ser vi også igjen i helsepersonelloven §4 (1999) der det står at *“helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.”*

Joyce Travelbees sykepleieteori handler om mellommenneskelige forhold og hvordan dette innenfor sykepleie omhandler en eller flere opplevelser eller erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk eller har behov for sykepleierens tjenester. Det som er kjennetegnet i disse opplevelsene eller erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Dette skjer ved at en sykepleier besitter og anvender en disiplinert tilnæringsmåte til problemer og at sykepleieren har evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Man kan da si at et menneske-til-menneske forhold blir av sykepleieren bygget opp og bevart. Målet her er å kunne se mennesker som individer og ikke som “sykepleier” og “pasient” (Travelbee, 1999). I yrkesetiske retningslinjer punkt 2.2 kommer det frem at sykepleiere skal understøtte håp, livsmot og mestring hos pasienten, og i punkt 2.3 står det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, u.å, - a).

Pasienter med langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator av kommunen, og koordinatoren skal følge opp pasienten på en god måte og sikre samordning av tjenestetilbud og fremdrift i arbeidet. Koordinatorrollen fylles ofte av sykepleier, grunnet deres helhetlige tilnærming (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

2.5 - Begrunnelse valg av tema

Grunnen til at vi ønsker å skrive om dette temaet er at vi har erfart at ikke er nok fokus på den psykiske helsen etter gjennomgått hjerneslag. Det er mye oppmerksomhet på fysisk opptrening, men vi ønsker å belyse at den psykiske helsen trenger tilsvarende oppmerksomhet. Forskningen underbygger vår antakelse om at det er hovedsakelig fokus på fysisk opptrening og at fullstendig restitusjon er et gjennomgående dominerende mål (Baseman *et al.*, 2010). Gjennom sykepleiestudiet har vi erfart gjennom praksis og teori at det psykiske ved en rehabilitering kan være like viktig som det fysiske, og at disse to elementene henger tett sammen for å oppnå fremgang i rehabilitering eller liknende.

2.6 - Hensikt

Med bakgrunn i ovenstående er hensikten med denne oppgaven å se på hvordan sykepleiere kan observere pasienter etter hjerneslag. Dette for å se etter symptomer på depresjon versus nedforhet og hvordan sykepleier kan bidra i behandlingen av depresjon.

Når man som individ har tap av selvaktelse, status, prestisje, kroppsfunksjoner eller kroppsdeler, kan dette føre til depresjon. Man kan da si at en person gjennomgår en sorgprosess etter tapet av eksempelvis en kroppsfunksjon. Dette å være avhengig av å få hjelp av andre kan skape en sterk følelse av verdiløshet for enkelte (Travelbee, 1999). Når man blir mer invalidisert, kan familie og venner være flinke til å kontakte deg i starten ved besøk og telefonsamtaler, men dette kan etter hvert avta, og man kan føle seg mer ensom (Travelbee, 1999). Man må som sykepleier kunne hjelpe den enkelte og deres familie med å kunne mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 1999). Med forskningsbasert kunnskap og sykepleieteoretiske perspektiver ønsker vi å undersøke hvordan sykepleiere kan følge opp pasienter som har utviklet depresjon etter hjerneslag på en god måte.

2.7 – Problemstilling

Hvilken rolle har sykepleier i å identifisere depresjon hos hjerneslagpasienter og med oppfølgingen av disse pasientene i ettertid?

3.0 - Metode

3.1 - Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie handler om at man skal bruke allerede eksisterende forskningslitteratur til å svare på problemstillingen. Dette gjøres for å finne gyldig og pålitelig kunnskap fra seriøse aktører. Ved å søke etter vitenskapelige artikler i relevante databaser, og deretter kritisk vurdere av funnene en har gjort, og slutt lage en sammenfatning og belyse temaet i problemstillingen. Til slutt skal det skrives en drøftingsdel, der sammenfatningen og resultatene sees i sammenheng med problemstillingen (Grønseth og Jerpseth, 2019). Vi har valgt å ta utgangspunkt i prosessen til 6S modellen. De seks delene i modellen er; Spørre, Søke, Syntetisere, Skrive og Systematisere (Persson, 2021).

3.2 – Problemstilling

Ved å følge 6S-modellen vil det første en gjør være å spørre, altså bestemme seg for tema og spørre hva en ønsker å finne ut av gjennom en litteraturgjennomgang. Det er her en bestemmer seg for tema, og innunder “spørre” vil også avgrensning av tema komme. En kan stille seg spørsmål som “hva sier litteraturen om depresjon etter hjerneslag?” eller liknende (Persson, 2021).

Vi har valgt som problemstilling: *Hvilken rolle har sykepleier i å identifisere depresjon hos hjerneslagpasienter og med oppfølgingen av disse pasientene i ettertid?*

Ved siden av den personlige begrunnelsen vi ga tidligere i oppgaven, vil vi personlig også kunne påstå at det vil være vårt og andre sykepleieres ansvar at man imøtekommer deprimerte hjerneslagpasienter på en måte som gjør at de kan føle seg sett og hørt. Sykepleiere bør klare å bygge en god relasjon til denne pasientgruppen som vil gi dem tillit til oss, og at det er viktig for samfunnet at også denne pasientgruppen blir sett og hørt. Vi vil derfor gjennom denne oppgaven prøve å finne bidrag til hvordan vi som sykepleiere kan møte pasienter som har blitt deprimerte etter gjennomgått hjerneslag, for så å eventuelt komme med forslag til hva som kan gjøres annerledes videre.

3.3 - Avgrensning av oppgaven

Av hensyn til oppgavens omfang velger vi å avgrense problemstillingen til å omfatte pasienter mellom 18 - 80 år. Deltakerne må være utskrevet fra sykehuset. Deltakerne må ha gjennomgått hjerneslag, men ikke være plaget av afasi eller annet som kan gjøre kommunikasjonen med andre vanskelig. De vitenskapelige artiklene vi finner, skal følge IMRAD-struktur, være fagfellevurdert, ha skandinavisk eller engelsk språk.

3.4 – Søkeprosessen

Litteratursøk handler om å gå gjennom allerede eksisterende forskning innenfor valgt tema på en systematisk måte (Persson, 2021).

Før man gjør litteratursøk er det lurt å dele opp og strukturere problemstillingen. PICO er et verktøy som benyttes for å dele opp problemstillingen på en hensiktsmessig måte, og den klargjør hvem/hva problemstillingen handler om, hvilke tiltak som skal undersøkes og hvilket resultat for sykepleien du er interessert i. Tre funksjoner: klargjøre og formulere spørsmål, identifisere/organisere søkeord, klargjøre eksklusjons og inklusjonskriterier for utvelgelse av litteratur (Grønseth og Jerpseth, 2019). P = Population/ patient/problem, I: Intervention eller exposure, C; Comparison, O: Outcome.

Tabell 1 – Picoskjema

P	I	C	O
Voksne pasienter som har hatt hjerneslag. Norsk eller engelsk talende Mottar omsorgstjenester	Sykepleietiltak og verktøy for behandling eller liknende Identifisere depresjon Følge opp og ivareta pasienter		Identifisere depresjon tidlig Kartlegge depresjon Gode relasjoner mellom sykepleier og pasient

Booth *et al.* (2016) gjengitt i Persson (2021) har en oversiktlig modell for hvordan man kan velge ut hvilke artikler man skal beholde. Denne viser at man først skal sile ut artikler kun basert på tittel og fjerne artikler som ikke er relevant. Deretter skal man sile ut artikler basert på abstrakt, og fjerne artikler som ikke er relevant. Så skal man lese hele artikkelen og sortere ut ifra innhold og fjerne artikler som ikke passer. På denne måten finner man artikler som er relevante for sin oppgave (Persson, 2021).

Søkeprosessen er en omfattende og langvarig prosess. Vi gjorde mange søk i forskjellige databaser før vi endte opp med et resultat vi var fornøyd med. I søkeprosessen brukte vi kombinasjonene “AND”, “OR”, for å snevre inn søket. Vi brukte MeSH (Medical Subject Headings) for å kunne få forslag på søkeord og finne en beskrivelse på ordene. I vårt vellykkede søk, brukte vi søkeordene “stroke”, “depression og “nursing care”.

Vi søkte først på “stroke”, deretter søkte vi på “depression”. Så valgte vi å legge disse to søkeordene sammen med S1 AND S2. Så la vi til et siste søkeord som er “nursing care”. Til slutt la vi sammen S3 AND S4. Dette ga oss gode resultater, og vi brukte den boolske operatoren “AND” for å få kombinert alle søkeordene i ett treff. Til slutt endte vi opp med 67 artikler på Cinahl Complete og 28 på Medline Ovid. Det er fem duplikerte artikler. Vi leste sammendraget av 8 artikler som virket aktuelle på Medline Ovid og 12 artikler på Cinahl Complete. Deretter ble de mest aktuelle artiklene lest i sin helhet, og vi endte opp med to artikler fra Medline Ovid og tre artikler fra Cinahl Complete som ble inkludert i det endelige artikkelutvalget vårt. Artikler som ikke var relevante ble allerede nå ekskludert.

Tabell 2 - Søkeresultat

Søkeord	Database	Antall treff	Database	Antall treff
Stroke	Cinahl Complete	76613	Medline (Ovid)	157119
Depression	Cinahl Complete	127012	Medline (Ovid)	139283
1 AND 2	Cinahl Complete	2144	Medline (Ovid)	2050
Nursing care	Cinahl Complete	326872	Medline (Ovid)	139778
3 AND 4	Cinahl Complete	67	Medline (Ovid)	28

3.5 - Utvalgsprosess

Inklusjons og eksklusjonskriterier

Før oppstart av strukturert søk i databasene, ble inklusjons og eksklusjonskriterier satt opp. Inklusjons og eksklusjonskriterier vil stille krav til søkene, men også fungere avgrensende. Våre kriterier er satt opp ut ifra vårt formål og problemstilling.

Tabell 3 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Alder: 18+• IMRAD struktur• Fagfellevurderte artikler• Skandinavisk og engelsk• Gjennomgått hjerneslag• Utskrevet fra sykehus• Skal kunne forstå/gjøre seg forstått (kommunikasjon).	<ul style="list-style-type: none">• Alder: Yngre enn 18, eldre enn 80• Ikke IMRAD• Ikke fagfellevurdert• Andre språk enn skandinavisk/engelsk• Innlagt på sykehus/rehabiliteringssenter• Store funksjonssvekkelse som fører til vansker med kommunikasjon/afasi

3.6 - Kvalitetssikring av artiklene

Når det gjelder kvalitetssikring av vitenskapelige artikler, vil dette avhenge av at en artikkel er fagfellevurdert og følger IMRAD struktur. For å finne ut om en artikkel er fagfellevurdert, vil man kunne se på om artiklene er publisert i anerkjente tidsskrifter som publiserer fagfellevurdert forskning. Vi søkte opp tidsskriftene der resultatene var publisert i register over vitenskapelige publiseringskanaler for bekreftelse (direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å). Et annet kvalitetstegn er at artiklene er valgt ut fra databaser som NTNU abonnerer på gjennom IT selskapet Ovid. En annen kvalitetsindikator vi har sett etter er at artiklene følger IMRAD struktur. Dette er en fast struktur som vitenskapelige artikler følger - bestående av Introduksjons-, metode-, resultat- og diskusjonsdel (NTNU, u.å)

Artiklene vi fant skulle treffe våre inklusjons og eksklusjonskriterier, og på den måten kunne hjelpe oss med å finne svaret på problemstillingen vi har laget. I vår oppgave har vi valgt at pasientene skal være voksne (18+) som har hatt hjerneslag. Vi har valgt å ikke ha med alder på artiklene som et inklusjons eller eksklusjonskriterie. Dette valgte vi for å ikke utelukke noen gode artikler som kan være eldre, men fortsatt relevante. I tillegg måtte artiklene være fra enten skandinaviske land eller engelsktalende land grunnet språket og forståelsen, samtidig som at forholdene da oftere er mer sammenlignbare med norske. Språket kan være problematisk grunnet oversettelse, men vi har lest artiklene mange ganger, oversatt det som trengs, men det kan ikke garanteres at noe viktig har blitt oversatt eller lignende grunnet språk.

Alle artiklene vi har funnet er kvantitativt design. Kvantitative studier bruker forskjellige verktøy for å samle inn og komme frem til målbare data gjennom nummer (Aveyard, 2019). Det vil vanligvis ikke være kontakt mellom forsker og deltakere. Gjennom forskningen og datainnsamling vil forskere kunne finne mønstre innenfor det de forsker. Kvantitativ forskning gir breddekunnskap og består av faktakunnskap (Aveyard, 2019).

Kvalitative studier omhandler i større grad å undersøke meninger og fenomener og utvikle forståelse for det valgte temaet. Forskerne forsøker da å forstå hele erfaringen/meningen med det de forsker på. Det brukes lite tall og statistikk, med unntak av å gi innsikt til hensikten med forskningen (Aveyard, 2019). Ingen av våre utvalgte artikler har kvalitativt design.

I Aveyard (2019) beskrives noen spørsmål for kritisk tankegang - Hvor fant du artikkelen? Hvordan vet du at det er god kvalitet? Hva inneholder artikkelen, hva er dens hovedargument og hva er hovedfunnene? Disse spørsmålene brukte vi aktivt under gjennomgangen av artiklene.

3.7 – Valgte artikler

Tabell 4- Valgte artikler

Nummer + Navn	Kilde
<p>Artikkel 1: The Relationship of Physical Function to Social Integration After Stroke.</p>	<p>Baseman <i>et al.</i> (2010) <i>The Relationship of Physical Function to Social Integration After Stroke</i> Doi: 10.1097/jnn.0b013e3181ecafea</p>
<p>Artikkel 2: Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection</p>	<p>Lightbody <i>et al.</i> (2007) <i>Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection.</i> Journal of Advanced Nursing 57(5), 505–512 DOI: http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04135.x</p>
<p>Artikkel 3: Effect of transitional care stroke case management interventions on caregiver outcomes: the MISTT randomized trial</p>	<p>Woodward <i>et al.</i> (2021) <i>Effect of transitional care stroke case management interventions on caregiver outcomes: the MISTT randomized trial.</i> DOI: 10.1080/00981389.2021.2009958</p>
<p>Artikkel 4: Association of formal and informal care with health-related quality of life and depressive symptoms: findings from the Caring for Adults Recovering from the Effects of Stroke study, Disability and Rehabilitation</p>	<p>Liu <i>et al.</i> (2019) <i>Association of formal and informal care with health-related quality of life and depressive symptoms: findings from the Caring for Adults Recovering from the Effects of Stroke study, Disability and Rehabilitation, 43(8),</i> DOI: https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1650965</p>
<p>Artikkel 5: Natural Patterns of Change in Poststroke Depressive Symptoms and Function</p>	<p>Niloufar <i>et al.</i> (2010) <i>Natural Patterns of Change in Poststroke Depressive Symptoms and Function</i> DOI: https://doi.org/10.1177/0193945910382426</p>

3.8 - Analyseprosessen

Det å analysere handler om å dele opp det som er undersøkt i enda mindre deler. Deretter setter man dette sammen til en ny helhet (Forsberg & Wengström, 2016). Det første vi gjorde som del av analyseprosessen var å lese gjennom de valgte artiklene igjen med et kritisk blikk. På denne måten kan en finne meningsbærende enheter som svarer på problemstillingen. Ved hjelp av Toulmins (2003) analyseprosess utviklet vi koder og temaer som skal drøftes i oppgavens siste del. Disse meningsbærende enhetene analyseres videre ved å syntetisere gruppene og koder.

Som den siste delen av analyseringen har vi valgt å bruke Toulmins (2003) argumentasjonsmodell (Gjengitt i Persson, 2021) i vår argumentanalyse, og vi har gått gjennom hver artikkel vi har trinnvis. Toulmins (2003) argumentasjonsmodell består av seks elementer;

Synspunkt: Det budskapet som forfatteren ønsker å fremme og overbevise leserne om at er riktig. *Holdbarhetsargument:* Dette beskriver begrunnelsen for synspunktet til artikkelforfatteren, og hensikten er å støtte budskapet som ble beskrevet i synspunktet.

Relevansargument: Dette argumentet skal fungere som en sammenkobling mellom synspunktet og holdbarhetsargumentet. *Ryggdekning:* Gjennom bevisføring skal det her komme frem hva som understøtter relevansargumentet. *Styrkemarkør:*

Argumentet/argumentene som viser hvor sikker forfatteren er i sin sak. *Motforestillinger:* Under dette punktet skal det komme frem kritiske innvendinger mot argumentene (Persson, 2021).

Artikkel 1 - The Relationship of Physical Function to Social Integration After Stroke.

Synspunkt: Den sosiale rollen som en person innehar blir påvirket etter et hjerneslag, ofte negativt påvirket av tap av fysisk, psykisk og kognitiv funksjon.

Holdbarhetsargument: Å bli sosialt integrert handler om å kunne samhandle med et bredt spekter av mennesker og kunne ta del i aktiviteter i samfunnet.

Relevansargument: Det er sammenheng mellom funksjonsnivå og depresjon, og dette har noe å si for den sosiale integreringen. God støtte fra familie og venner er viktig.

Ryggdekning: Det ligger i menneskets natur å ønske å være sosialt integrert (Baseman et al., 2010)

Styrkemarkør: Sosial integrering henger vesentlig sammen med funksjonsstatus og depresjon.

Motforestillinger: Pasienter med afasi eller liknende har ikke vært med i undersøkelsen selv om også disse pasientene trenger sosial integrering.

Artikkel 2 - Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection.

Synspunkt: Depresjonssymptomer er forbundet med en negativ effekt på restitusjon og rehabilitering.

Holdbarhetsargument: Identifisering av depresjon blir vanskeliggjort av kommunikasjonsproblemer og kognitive vansker.

Relevansargument: Tidlig oppdagelse og intervensjon tidlig i forløpet kan hjelpe i denne prosessen med depresjon.

Ryggdekning: GMS OG MADRS til kartlegging for depresjon etter slag.

Styrkemarkør: GMS og MADRS er effektive til å oppdage depresjon hos pasienter som har hatt hjerneslag.

Motforestillinger: Ved store fysiske svekkelser kan det være vanskelig å gjennomføre disse kartleggingene.

Artikkel 3 - Effect of transitional care stroke case management interventions on caregiver outcomes: the MISTT randomized trial

Synspunkt: Bedre forståelse av omsorg og pleie for hjerneslagoverlevende er en utviklingsprosess der omsorgspersoner og frivillige skal gi forskjellig type støtte.

Holdbarhetsargument: CCM handler om selvløsløse, omsorgskoordinering, informasjonstilgang og pasient-engasjement.

Relevansargument: Omsorgspersoner og frivillige må få informasjon og opplæring i mestringsferdigheter, stressmestring og slagopplæring.

Ryggdekning: Det i menneskets natur å ønske emosjonell støtte og omsorg (Martinsen, 2003).

Styrkemarkør: Informasjonsflyt og kartlegging er viktig for bedre omsorgsforståelse for hjerneslagoverlevende som utvikler depresjon, og for å lette omsorgsarbeidet.

Motforestillinger: Avhengighet av nok antall frivillige omsorgsarbeidere.

Artikkel 4 - Association of formal and informal care with health-related quality of life and depressive symptoms: findings from the Caring for Adults Recovering from the Effects of Stroke study, Disability and Rehabilitation

Synspunkt: en tredjedel av hjerneslagpasienter i USA opplever depresjon etter hjerneslag. Disse får ikke nok oppfølging ifølge forskningen. Flere bør følges opp for å forebygge depresjon.

Holdbarhetsargument: Det er sammenheng mellom formell og uformell pleie for pasienter som opplever depresjon etter hjerneslag.

Relevansargument: Uformell pleie gir økt risiko for depresjon, mens delt pleie minsker risikoen.

Ryggdekning: Uformell pleie kan føre til depresjon hos både pasient og omsorgsgiver pga. den store belastningen på familien. Ved formell hjelp minsker totalbelastningen og pasient kan ha fokus på å bli friskere.

Styrkemarkør: Kombinasjon av uformell og formell hjelp har en vesentlig mindre risiko for å utvikle depresjon.

Motforestillinger: Ikke alle pasienter har pårørende som kan bistå med uformell pleie. Ved store funksjonsnedsettelse blir dette vanskelig.

Artikkel 5 - Natural Patterns of Change in Poststroke Depressive Symptoms and Function

Synspunkt: Hjerneslagoverlevende som er uavhengige i dagliglivets aktiviteter viser mindre depresjonssymptomer.

Holdbarhetsargument: Oppfølging etter utskrivelse fra sykehus vil være viktig for å kunne gjenvinne uavhengighet i ADL og redusere depresjonssymptomer.

Relevansargument: Opptil halvparten av hjerneslagoverlevende trenger noe hjelp i ADL. Opplever ikke selvstendighet i hverdag og samfunn.

Ryggdekning: Å klare å gjennomføre ADL selvstendig er viktig for enhver og er noe de fleste ønsker. Det er krevende å stå i denne rollen for pasienten (Fossbråten, L., Heir, W., og Smith, S.S, 2018).

Styrkemarkør: Klar sammenheng mellom redusert funksjonsstatus og økte depresjonssymptomer.

Motforestillinger: Det er få deltakere i studiet.

Holdbarhetsargumentet til Baseman *et al.* (2010) var at “*Å bli sosialt integrert handler om å kunne samhandle med et bredt spekter av mennesker og å kunne ta del i aktiviteter i samfunnet.*” med det synspunktet at den sosiale rollen en person innehar blir påvirket etter et hjerneslag, grunnet tap av fysisk, psykisk og kognitiv funksjon. God støtte fra familie og venner, samt helsepersonell er viktig for denne pasientgruppen. I Woodward *et al.* (2021) kommer det frem at en bedre forståelse for hjerneslagoverlevende er en utviklingsprosess. Styrkemarkøren til Woodward *et al.* (2021) er “*Informasjonsflyt og kartlegging er viktig for bedre omsorgsforståelse for hjerneslagoverlevende som utvikler depresjon, og for å lette omsorgsarbeidet.*” I Niloufar *et al.* (2010) kommer det frem at bl.a. god relasjon mellom helsepersonell og pasient er viktig. Med disse kodene til grunn, valgte vi “*relasjonsbygging*” som et av temaene vi ønsker å drøfte.

Relevansargumentet til Lightbody *et al.* (2007) er at tidlig oppdagelse og intervensjon er viktig i behandlingen av depresjon. Videre er GMS og MADRS er effektive til å oppdage depresjon hos pasienter som har hatt hjerneslag. MRADS er den enkleste av identifiseringsverktøyene å administrere. CES-D er det vurderingsverktøyet som bli nevnt i både baseman *et al.* (2010), Liu *et al.* (2019) og Niloufar *et al.* (2010). Styrkemarkøren til Baseman *et al.* (2010) er at informasjonsflyt og kartlegging er viktig for bedre omsorgsforståelse for hjerneslagoverlevende som utvikler depresjon og for å lette omsorgsarbeidet. Med disse kodene til grunn, kom vi frem til temaet “*Identifisering*”.

Det er sammenheng mellom funksjonsnivå og depresjon, dette har noe å si for den sosiale integreringen, Det ligger i menneskets natur å ønske å være sosial integrert (Baseman *et al.*, 2010). Sosial integrering gikk igjen i flere artikler, blant annet i Lightbody *et al.* (2007) der

det kom frem at andelen yrkesaktive gikk ned og at det er en klar sammenheng mellom sosial integrasjon og funksjonsstatus. Woodward *et al.* (2021) argumenterer med at informasjonsflyt og kartlegging er viktig for hjerneslagoverlevende for å lette omsorgsarbeidet, og at fysisk helse og framtidsutsikter i lengre tid kan være berørt. Styrkemarkøren til Liu *et al.* (2019) er at en kombinasjon av uformell og formell pleie gir mindre risiko for depresjon. Ut ifra disse kodene ble temaet “*sosial integrering*”.

Tabell 5 - Analyseprosessen

Koder	Kategorier
<p>Sosial integrasjon omhandler å kunne samhandle med et bredt spekter mennesker og å kunne ta del i aktiviteter i samfunnet. (Artikkel 1)</p> <p>God støtte sosialt og fra familie. Undervisning og veiledning av familien. (Artikkel 1)</p> <p>En bedre forståelse av omsorg for slagoverlevende er en utviklingsprosess - det kan hjelpe med god informasjonsflyt (Artikkel 3)</p> <p>Ifht. Utvikling av depresjon, er det best med delt pleie, der noe av pleien er profesjonell og noe av pleien er uformell. (Artikkel 4)</p> <p>Godt terapeutisk samarbeid med behandler er viktig, dette kan også overføres til sykepleiere. (Artikkel 5)</p>	Relasjonsbygging
<p>Geriatric Mental State Test (GMS) og Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) var like effektive til å oppdage depresjon hos pasienter som har hatt hjerneslag. (Artikkel 2)</p> <p>MADRS er raskere å administrere. (Artikkel 2)</p> <p>Fokusert omsorgsvurdering ved og etter utskrivelse. (Artikkel 3)</p> <p>CES-D og FIM-vurderingsverktøy viser at funksjonsstatus og depresjon følger hverandre. Ved lav funksjonsstatus er det høyere sjanse for å utvikle depresjonssymptomer. (Artikkel 5)</p>	Identifisering
<p>Andelen yrkesaktive gikk ned og klar sammenheng mellom sosial integrasjon og funksjonsstatus. Økt depresjon - redusert sosial integrasjon. (Artikkel 2)</p> <p>Selvtillit, fysisk helse og fremtidsutsikter kan i lengre tid være berørt, men for andre kan de bli umiddelbart påørt. (Artikkel 3)</p> <p>Delt pleie (Artikkel 4)</p>	Sosial integrasjon

4.0 - Resultater

Gjennom å analysere våre utvalgte artikler fikk vi en oversikt og kontroll over innholdet i artiklene og hovedfunn, hovedargumenter og liknende. Her vil vi vise resultatene som artiklene har vist, før vi avslutningsvis beskriver vårt sammenfattende resultat.

4.1 - Litteratormatrise

I litteratormatrisen vi har utarbeidet ønsker vi å presentere resultatene av hovedfunnene på en oversiktlig og systematisk måte (Grønseth og Jerpseth, 2019).

Tabell 6 – Litteratormatrise

Artikkelforfattere, årstall, navn på artikkel	Studiedesign og deltakere/ Metode	Database	Formål/hensikt	Resultat
<p>Artikkel 1: Baseman <i>et al.</i> (2010) <i>The Relationship of Physical Function to Social Integration After Stroke</i></p> <p>DOI: 10.1097/jnn.0b013e3181ecafea</p>	<p>Kvantitativ studie. Fagfellevurdert. Imøtekommer våre inklusjons og eksklusjonskriterier.</p> <p>Tre spørre- undersøkelser: Demografisk spørreskjema SIPSO skjema CES-D skjema</p> <p>310 Spørrundersøklser sendt ut, kun 48 kunne brukes i forskningen</p>	<p>Medline (Ovid)</p>	<p>Tidligere mye forskning på det fysiske ved rehabilitering etter slag. Lite forskning på det sosiale og psykiske etter et slag.</p> <p>Artikkelen ønsker å ta for seg sammenheng mellom sosial integrering etter slag og depresjon.</p>	<p>56% menn, 44% kvinner. Ca 50% brukte antidepressiva.</p> <p>Etter slag gikk andelen yrkesaktive ned fra 48% til 4,2%, prosentandelen pensjonister gikk fra 33% til 41,7% og arbeidsledige økte fra 4,2% til 29,2%.</p> <p>Klar sammenheng mellom sosial integrasjon og funksjonsstatus, økt depresjon - redusert sosial integrasjon.</p>

<p>Artikkel 2: Lightbody <i>et al.</i> (2007) <i>Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection.</i> Journal of Advanced Nursing 57(5), 505–512</p> <p>DOI: http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04135.x</p>	<p>Kvantitativ studie. Fagfelle-vurdert. Imøtekommer våre inklusjons og eksklusjonskriterier. Tverrsnittspilotstudie (observasjonsstudie) som sammenlignet klinisk diagnose av depresjon av en psykiater med to kliniske intervjuer, ved bruk av geriatrien Mental State-undersøkelse og Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, utført av en sykepleier.</p>	<p>Cinahl Complete</p>	<p>Etter at en pasient har opplevd et slag bruker de betydelig mengder tid med omsorg av sykepleiere. Mange viser tegn på depresjon etter slag, og dette har vært forbundet med en negativ effekt på restitusjon og rehabilitering. Det å identifisere de med depresjon når de har kommunikasjon og kognitive vansker er vanskelig.</p> <p>Behandlinger er tilgjengelig for å hjelpe til med å håndtere depresjon, og tidlig oppdagelse og intervensjon tidlig i forløpet kan hjelpe i denne prosessen med depresjon.</p>	<p>I denne studien kommer det frem at Geriatric Mental State test og Montgomery – Asberg Depression Rating Scale var minst like effektive til å oppdage depresjon hos pasienter som har hatt hjerneslag. Imidlertid som Montgomery–Asberg. Depresjon Vurderingsskalaen er raskere å administrere, den kan vise seg å være mer nyttig for sykepleiere klinisk.</p>
---	---	-----------------------------	---	---

<p>Artikkel 3: Woodward <i>et al.</i> (2021) <i>Effect of transitional care stroke case management interventions on caregiver outcomes: the MISTT randomized trial.</i></p> <p>DOI: 10.1080/00981389.2021.2009958</p>	<p>Kvantitativ studie. Fagfelleverdert. Imøtekommer våre inklusjons og eksklusjonskriterier.</p> <p>En randomisert kontrollert studie for sosial arbeid saksbehandling for slagpasienter som reiser hjem. Artikkelen er en åpen, parallell, 3-gruppe randomisert kontrollert studie.</p> <p>Gruppeinndelingen er: UV = vanlig omsorg (primæromsorg), SWCM = er et hjemmebasert program for saksbehandling for sosialt arbeid (sekundæromsorg). SWCM + MISTT = Da har man SWCM og tilgang til kurert pasientorientert informasjon ressurs.</p> <p>Analyser undersøkte den absolutte endringen i BCOS, PHQ-9 og informasjons-og emosjonell støtte gjennom 7 og 90 dager.</p>	<p>Cinahl Complete</p>	<p>MITT-studien er en studie som rapporterer om resultater for 169 omsorgspersoner som er registrert i Michigan Stroke Transitions Trial (MISTT).</p> <p>Denne studien undersøkte omsorgspersonens resultater fra en intervensjon rettet mot pasienter og omsorgspersoner som kommer hjem etter sykehusinnleggelse hvor pasienten har gjennomgått et hjerneslag.</p> <p>Hovedfokuset var at pasienten skulle få best mulig omsorg etter hjerneslag.</p> <p>Studien brukte blandet modeller for å undersøke den gjennomsnittlige endringen fra 7-90 dager etter utskrivelse med gruppevis interaksjoner for forskjeller mellom behandlingsgruppene.</p>	<p>Omsorgspersoner rapporterte om få livsendringer og få depressive symptomer fra omsorg. Det var ingen signifikant endring over tid eller behandlingseffekter i perioden studien varte.</p> <p>De med flere SWCM interaksjoner rapporterte mer tidsbyrde ved å gi behandling og de behandlet slagoverlevende med flere senfølger etter hjerneslag.</p> <p>Fokusert omsorgsvurdering ved utskrivning og en bedre forståelse av hvordan omsorgen utvikler seg over tid kan bli bedre og det samme med hvilket tidspunkt man får støtte.</p> <p>Minimal variabel i depresjon i PHW-9 undersøkelsen hos omsorgspersonene som ga omsorg til de som har gjennomgått hjerneslag. Det var ingen signifikant endring over denne tidsperioden eller behandlingseffekter i informasjons- og emosjonell støtte.</p> <p>Negative aspekter ved slagomsorg kan ta lengre tid å utvikle.</p>
--	--	----------------------------	--	---

<p>Artikkel 4: Liu et al. (2019) <i>Association of formal and informal care with health-related quality of life and depressive symptoms: findings from the Caring for Adults Recovering from the Effects of Stroke study, Disability and Rehabilitation</i> DOI: https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1650965</p>	<p>Kvantitativ. Fagfelleverdert. Imøtekommer våre inklusjons og eksklusjonskriterier.</p> <p>123 deltakere. Deltakerne og deres omsorgspersoner ble intervjuet ved oppstart og igjen etter 9 mnd.</p> <p>Datainnsamling vdr. antall timer med fysio/ergoterapaut, antall timer hjemmesykepleie o.l.</p> <p>CES-D skjema vedrørende depresjonssymptomer.</p>	<p>Cinahl Complete</p>	<p>Se på sammenheng mellom formell og uformell pleie i assosiasjon med depressive symptomer.</p> <p>De skilte mellom profesjonell hjelp, hjelp fra venner og familie (uformell hjelp), delt hjelp (noe profesjonelt/noe fra venner/familie) og ingen form for hjelp.</p>	<p>Pasienter uten hjelp har noe lavere risiko for å utvikle depresjon, det har sammenheng med at pasienter som ikke mottar hjelp hjemme er friskere og har mindre funksjonsnedsettelse.</p> <p>Pasienter som fikk hjelp av familie og venner, altså uformell hjelp, hadde også en større sjanse for å utvikle depresjon. Sammenhengen vi kan se her er at familiemedlemmer selv utvikler depresjon av denne oppgaven, noe som man da også ser hos pasientene.</p> <p>Det beste i forhold til utvikling av depresjon etter hjerneslag er er delt pleie - noe profesjonell pleie og noe uformell pleie.</p>
--	---	-----------------------------	--	---

<p>Artikkel 5: Niloufar <i>et al.</i> (2010) <i>Natural Patterns of Change in Poststroke Depressive Symptoms and Function</i></p> <p>DOI: https://doi.org/10.1177/0193945910382426</p>	<p>Kvantitativ studie. Fagfelleverdert. Imøtekommer våre inklusjons og eksklusjonskriterier.</p> <p>23 deltakere, 50/50 menn/kvinner, gj.snitt alder 69 år. Alle instrumenter/ spørreundersøkelser ble gjennomført av hovedforskeren. Samtykke ble innhentet.</p> <p>Ved oppstart: Demografisk spørreskjema og National Institute of Health Stroke Scale NIH slagskala. Ved alle tidsintervaller: CES-D, GDS og FIM</p>	<p>Medline (Ovid)</p>	<p>Hensikten med denne forskningen har vært å se på de naturlige endringsmønstre i forholdet mellom depressive symptomer etter slag og funksjonsstatus 0-3 mnd etter hjerneslag.</p>	<p>NHIS skala ved oppstart var sterk assosiert med lav funksjon, men ikke med å ha depressive symptomer.</p> <p>FIM skårene for deltakerne hadde etter to uker forbedret seg markant, og deretter forbedret seg signifikant etter 1 mnd, deretter stagnerte det. CES-D-skårene sank signifikant mellom oppstart og den nye målingen etter 2 uker.</p> <p>Studiet viser at FIM og CES-D er like i endringsmønstre og derfor følger hverandre, funksjonsstatus har sammenheng med depresjonssymptomer . Høyere FIM (funksjonsstatus/klare seg selv) = lavere CES-D.</p>
--	---	----------------------------	--	---

4.2 - Sammenfattet resultat

Med utgangspunkt i litteraturmatriksen og analysen vi har gjennomført, har vi funnet ut av hovedtemaene vi vil drøfte videre i oppgaven (Grønseth og Jerpseth, 2019). I analyseprosessen fikk vi utarbeidet koder, som bidrar til å holde oversikt over hvorfor og hvordan vi har kommet frem til at den aktuelle artikkelen imøtekommer temaet (Persson, 2021).

4.2.1 - Relasjonsbygging

For å kunne ha god rehabilitering, både fysisk og mentalt, er det viktig med god støtte både sosialt og familiemessig. Støtten kan føre til at pasienter utvikler færre depresjonssymptomer siden de vil føle seg forstått og møtt. Denne forståelse vil kunne komme fra sykepleiere og andre profesjonelle som veileder og underviser både pasient og pårørende.

Pasientbehandlingen må være helhetlig og flerdimensjonal, og dermed er et godt samarbeid med både pasientene og pårørende er essensielt (Baseman *et al.* 2010).

Det er større sjanse for å utvikle depresjon dersom pasienter kun mottar uformell hjelp. Dersom pasient mottar en kombinasjon av formell og uformell hjelp, minsker depresjonssymptomene, og helsepersonell vil lette på det totale trykket som pasient og pårørende er under. For at det skal nyttig at helsepersonell bidrar i pleien er det et poeng at det er en god relasjon mellom alle involverte parter (Liu *et al.*, 2019).

Pasienter som mottar primæromsorg og som har vist depressive symptomer, har behov for at omsorgspersonen hjelper med å bygge opp selvtillit, den fysiske helsen og fremtidsmål. For å kunne gjennomføre dette, er relasjon et viktig punkt både for pasientene og omsorgspersonene. Relasjonen bør bygges på en forståelse for at hjerneslagoverlevende er i en utviklingsprosess, og omsorgspersonen kan da bistå med informasjon og støtte (Woodward *et al.*, 2021)

4.2.2 - Identifisering

Det finnes flere verktøy som kan brukes for å måle depresjonssymptomer hos pasienter etter hjerneslag. CES-D skjemaer et verktøy som går igjen i Baseman *et al.* (2010), Liu *et al.* (2019) og Niloufar *et al.* (2010). CES-D er et nokså vanlig verktøy å bruke når man skal vurdere depresjonssymptomer. Det er sammenheng mellom lav fysisk funksjonsevne og depresjonssymptomer. Derfor vil gjenvinning av god ADL og den fysiske funksjonen minske depresjonssymptomer (Niloufar *et al.* 2010).

Geriatric Mental State (GMS) og Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) er effektive verktøy for å identifisere depresjon hos pasienter som har hatt hjerneslag. MADRS er raskere å administrere, så den kan være mer nyttig for sykepleiere klinisk (Lightbody *et al.*, 2007).

4.2.3 - Sosial integrasjon

Hjerneslagpasienter går ofte fra å være selvstendige og yrkesaktive, til å være avhengige av hjelp fra andre. Dette kan føre til isolering og en følelse av å bli utestengt fra det sosiale samspillet i dagliglivet. Sosial integrering henger sammen med funksjonsstatus. Målet med hjerneslagrehabilitering bør være helhetlig og med et helhetlig pasientsyn. Pasientenes oppfatning av deres egen bedring etter hjerneslag omhandler mye mer enn kun den fysiske opptreningen (Baseman *et al.* 2010).

Kombinasjon mellom formell og uformell hjelp gir minst sannsynlighet for å utvikle depresjon. Pasienter som kun fikk hjelp av familie og venner hadde større sjanse for å utvikle depresjon, og dette kan sees i sammenheng med at både pasientene og pårørende aldri får tid til å være "bare" familie. Hvis en formell part kommer inn, vil dette hjelpe på den sosiale integreringen til både pasient og familie. Derav vil igjen sosial integrering føre til mindre depresjon (Liu *et al.*, 2019).

Det er en klar sammenheng mellom fysisk funksjon og depresjon. Pasientenes mestringsfølelse og følelse av uavhengighet må bygges opp for at en rehabilitering skal være vellykket (Liu *et al.* 2019).

5.0 – Drøfting

5.1 - Hvordan opprette en relasjon?

Relasjonsbygging er et viktig sykepleietiltak i behandlingen av depresjon etter hjerneslag. Helsepersonell må se på pasientene på en helhetlig måte, og et godt samarbeid med pasient og pårørende er essensielt (Baseman *et al.*, 2010). God og profesjonell kommunikasjon er et viktig grunnlag i forholdet mellom en pasient og sykepleier. En god og profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig. For å oppnå god kommunikasjon som er personorientert, skal man ikke se på den andre parten som pasient/bruker, men som en hel person med egne ressurser, verdier, prioriteringer, muligheter og individuelle ønsker og mål. Det som er viktig i personorientert kommunikasjon er å forstå hva som er viktig for den andre part i den aktuelle situasjonen. Det viser seg at pasienter sjelden uttrykker seg direkte om det som ligger i deres hjerte (Eide og Eide 2017). Dette ser vi som en viktig del i å kunne skape en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Da vil man kunne fange opp om de sliter med depresjon etter å ha gjennomgått hjerneslag (Eide og Eide 2017). Imidlertid kan det å skape en relasjon og ha god kommunikasjon med hjerneslagpasienter være en krevende prosess siden denne pasientgruppen kan slite med eksempelvis afasi og hukommelsesproblematikk. Det er da viktig at en som sykepleier klarer å se hele pasienten og tar seg god tid i kommunikasjonen, og at sykepleien en utfører er basert på omsorg.

Omsorg vil alltid forutsette minst to parter, der den ene har omtenkksomhet for den andre og vil forsøke å lindre smerten den andre har. Det har med hvordan vi som mennesker forholder oss til hverandre og viser omtanke for hverandre, og er en naturlig del av å være menneske. Omsorg handler om forståelse av den andres situasjon og synspunkt, for å kunne anerkjenne den andre som person. Dette kan utvikles gjennom samhandling som ofte kan oppstå i en arbeidssituasjon. En vil i omsorgsperspektiv ikke forvente noe tilbake. Omsorgsarbeid er å gi omsorg til mennesker som ikke er selvhjulpne av ulike årsaker, og denne gruppens velferd er avhengig av andre. Som sykepleier vil omsorg til syke bygge på kunnskap, ferdigheter og organisering. Kunnskap må leses og deretter praktiseres, og faglig dyktighet er bygget på at et godt kunnskapsnivå og praktiske ferdigheter går hånd i hånd. Målet vil ofte være å opprettholde et funksjonsnivå eller å unngå forverring, ikke nødvendigvis at pasienten skal bli helt frisk. Der det er mulig, burde pasientens selvstendighet styrkes (Martinsen, 2003).

Relasjonen mellom pårørende, omsorgspersonell og pasient må være god for å kunne forebygge depresjonssymptomer. (Liu *et al.*, 2019). Forholdene mellom menneske-til-menneske i sykepleie handler om en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk. Det som er kjennetegnet i disse opplevelsene eller erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Dette skjer ved at en sykepleier besitter og anvender en disiplinert tilnæringsmåte til problemer og at sykepleieren har evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Man kan da si at et menneske-til-menneske målbevisst bygges opp av sykepleieren. Målet her er å kunne se mennesker som individer og ikke som en “sykepleier” og en “pasient” (Travelbee, 1999). Ifølge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 3.3 skal sykepleieren samhandle med pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet. (*Norsk Sykepleierforbund, u.å, - a*)

Menneske-til-menneske forhold handler om gjensidig kontakt og forståelse. Det å skape et slikt forhold handler om å gå igjennom en prosess som handler om fire forskjellige steg: steg 1) det innledende møte, steg 2) fremvekst av identiteter, steg 3) empati, steg 4) sympati og medfølelse. Dette forholdet er noe som kan skapes raskt, men det kan også ta sin tid å kunne skape dette forholdet (Travelbee, 1999).

En relasjon bør hjelpe pasienten med å bygge opp selvtillit og fremtidsmål (Woodward *et al.*, 2021). Sykepleier bidra med å bygge opp pasientens håp, som ofte ses på som en motiverende faktor bak menneskelig atferd og handler om en fornemmelse av det mulige. Dette vil være med på å kunne mestre det vonde som man kan merke ved lidelse, sykdom, ensomhet, nederlag og tap. Å kunne ha en følelse av håp er veldig viktig i forhold til å kunne mestre sin sykdom og lidelse, og det er derfor viktig at en sykepleier kan få den syke og deres familie til å kunne oppleve håp (Travelbee, 1999). Yrkesfaglige perspektiver viser at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, u.å, - a).

For å kunne hjelpe pasienter med å mestre sin lidelse må sykepleieren vise omsorg. Omsorg er et relasjonelt begrep med utgangspunkt i at mennesker er avhengige av hverandre. Samtidig er det et praktisk begrep som omhandler at en deltar praktisk i den andres lidelse og at hjelpen gis betingelsesløst. Omsorgsarbeid er avhengig av situasjonsforståelse, noe som krever at en setter seg inn i menneskets livssituasjon. Situasjonsforståelse vil bidra til at en knytter bånd til andre. Omsorg har også en moralsk side som må læres, som omhandler kvaliteten på relasjonen og hvordan vi er i relasjonen gjennom praktisk arbeid. Omsorg innenfor sykepleiekompetanse bygger på en bevissthet om den praktiske kunnskapens betydning, og at

erfaring og fagopplæring er spesielt viktig. Ferdighetene kan være lært gjennom relasjoner der det emosjonelle og rasjonelle utgjør en enhet. Innenfor utførelse av praktisk arbeid er intuisjon viktig, og intuisjon og klinisk skjønn må alltid komme foran teknologi. Dette kalles taus kunnskap og læres best gjennom eksempler (Martinsen, 2003).

5.2 - Hvordan identifisere depresjon?

En viktig sykepleieoppgave er å kunne arbeide forebyggende, og derfor vil det være viktig å kunne identifisere depresjon etter hjerneslag i en tidlig fase. Ifølge nasjonalfaglig retningslinje for hjerneslagbehandling bør pasienter vurderes i forhold til depresjon i løpet av en måned etter hjerneslaget. Det bør kartlegges hvilke årsaker som kan medvirke til depresjon (Helsedirektoratet, 2020). Det står ikke i retningslinjen om hvordan pasientene bør kartlegges, og vi tenker derfor at det burde være en retningslinje om hvilke vurderingsskjemaer eller liknende som var anbefalt til dette formålet. Sykepleiere kan kartlegge depresjon hos hjerneslagpasienter ved å bruke Geriatric Mental State (GMS) kartleggingsskjema og Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Lightbody *et al.*, 2007). GMS er et anerkjent verktøy som ofte blir brukt i kartleggingen av mental helse hos eldre mennesker, og personell som utfører denne kartleggingen må være opplært i det (Copeland *et al.*, 2002).

Det er MADRS som blir mest brukt til identifisering av depresjon blant norske pasienter og dekker en bred skala av symptomer med detaljerte spørsmål, slik at fagpersonell kan vurdere alvorlighetsgraden. MADRS brukes ikke til diagnostisering direkte, men som et hjelpemiddel i utredning av psykisk sykdom og depresjon (NHI, 2022).

Sykepleiere må ha kunnskap om vurderingsskjemaer for depresjon og disse må være tilgjengelige for helsepersonellet. Sykepleiere som jobber på rehabiliteringssenter, burde få opplæring i å utføre et The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) vurdering. (Baseman *et al.*, 2010). Heller ikke CES-D er et diagnoseverktøy, og CES-D er ikke validert i Norge selv om det blir brukt (Rønning, M, A., Holmen, H. og Ribbu, L., 2020).

Å gjennomføre en kartlegging av hjerneslagpasienter kan være en utfordring, grunnet fysiske plager vedkommende kan ha. Det kan omhandle at en pasient har afasi, dysfagi, kognitive vansker eller liknende. Som sykepleier må en også ha fått opplæring i verktøyene som eventuelt blir brukt på arbeidsplassen. Det kan være vanskelig å skille normale, triste tanker og depresjon. Dersom det er vanskelig å få gjennomført kartlegging på en god måte, må

helsesituasjonen og den psykiske helsen vurderes på alternative måter. En kan da snakke med pårørende og bruke dem som en ressurs, og man kan se etter typiske tegn på depresjon som dårlig søvn og matlyst, slitenhet, redusert energinivå eller rastløshet (Løvhøiden, I. og Welhaven, I, L., 2015).

Det stilles krav til at helsepersonell skal arbeide i samsvar med de krav som stilles til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, jf. §4 i helsepersonelloven (1999). Videre står det at helsepersonell er pålagt å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner (helsepersonelloven, 1999). For å kunne utøve profesjonalitet er sykepleiere nødt til å få opplæring i bruk av kartleggingsverktøy for depresjon etter hjerneslag (Baseman *et al.*, 2010)

I de yrkesfaglige retningslinjene punkt tre for sykepleiere står det at *“sykepleieren viser respekt, omtanke og inkluderer pårørende”* (Norsk Sykepleierforbund, u.å, - a). Innunder dette punktet kommer samarbeid med pårørende og at opplysninger skal behandles med fortrolighet. Sykepleieren skal bidra for at retten til informasjon blir imøtekommet (Norsk Sykepleierforbund, u.å, - a). Dette er også fastsatt i regelverket gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-3, der det står blant annet: *“Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.”*

Forskning viser at pasienters psykososiale og åndelige behov ikke vurderes som en del av hjemmesykepleiens tjenester. Pasientenes behov blir ofte oversett, og det er få muligheter til å ta individuelle hensyn. Dette er ikke i tråd med god, grunnleggende sykepleie, og pasientenes behov blir ikke godt nok ivaretatt i hjemmesykepleien. For å kunne gi omsorgsfull pleie og ivaretagelse må tjenestene ytes i tråd med relevant fagkunnskap og være individuelt tilpasset (Tønnesen og Nortvedt, 2012).

5.3 - Hvordan fremme sosial integrasjon?

Sosial integrasjon er avhengig av at pasientene selv forstår sin sykdom for at de ikke skal isolere seg og føle seg utestengt fra det sosiale samspillet (Baseman *et al.*, 2010).

Salutogenese kan bidra til å fremme god helse og gi mestringsfølelse til pasienten. Innen salutogenese vil helseperspektivet ha sammenheng med holdninger en person har til forskjellige elementer i livet. Det handler også om forståelse for livssituasjon og holdninger til å håndtere stress og uventede forhold. Hvis en persons Sense of Coherence er sterk, vil denne personen ofte være motivert til, og ha tro på, å kunne håndtere stressende situasjoner (Lønne, 2021). Salutogenese og “Empowerment” henger sammen, da empowerment handler om å kunne ta styring eller makt over en situasjon. Hvis en pasient kan klare å ha empowerment over helsefremmende faktorer, vil det være positivt (Lønne, 2021). Salutogenese vil fokusere på en persons historie og vektlegge mestringsevnen i historien, heller enn å fokusere på diagnose. Omgivelsene (både indre og ytre forhold) er med i et samspill, der bruken av potensielle og eksisterende motstandsressurser vil øke mestringsevnen (Langeland, 2009).

Sosial integrering er viktig, siden hjerneslagrehabilitering må være en helhetlig prosess der en ser hele personen og dens funksjonsnivå (Baseman *et al.*, 2010). Som et yrkesfaglig perspektiv skal sykepleieren ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, og sykepleieren skal lindre lidelse og yte omsorgsfull hjelp (Norsk Sykepleierforbund, u.å, - a).

Det vil være viktig for pasienten å kunne finne mening med sykdom og lidelse. Lidelse er en livserfaring som alle mennesker vil oppleve før eller senere i livet, og det er en erfaring som oppleves og gjennomgås av individet på sin unike måte (Travelbee 1999). Hvilken mening den individuelle tillegger lidelse er avhengig av blant annet kulturen sin oppfatning av sykdom, lidelse og tro. Det er viktig å akseptere sykdommen og godta situasjonen en har kommet i (Travelbee 1999). Når man som individ har tap av selvaktelse, status, prestisje, kroppsfunksjoner eller kroppsdelene kan dette føre til depresjon. Man kan da si at en person gjennomgår en sorgprosess etter tapet av en for eksempel en kroppsfunksjon. Dette å være avhengig av å få hjelp fra andre kan skape en sterk følelse av verdiløshet for enkelte (Travelbee 1999). Når man blir mer invalidisert kan familie og venner være flinke til å ta kontakt i starten ved besøk og telefonsamtaler, men dette kan etter hvert avta og man kan kjenne seg mer ensom (Travelbee 1999). Man må som sykepleier kunne hjelpe den enkelte og deres familie til å kunne mestre sykdom og lidelse.

Sammenhengen mellom fysisk funksjon og depresjon er klar, og hjerneslagrehabiliteringen må være helhetlig for at mestringsfølelsen og følelsen av uavhengighet skal opprettholdes. På den måten kan ADL (dagliglivets aktiviteter) gjenopptas og kognitive ferdigheter videreutvikles (Niloufar *et al.*, 2010). Dette er viktige momenter også for sosial integrering.

Å være avhengig av hjelp fra andre blir forbundet med negative holdninger, og kan føre til lav selvspekt. Dette fordi mestring blir sett på som en individuell verdi, og at en kan kjenne på redsel for å være en byrde for andre mennesker. Det ligger i menneskets natur å søke bekræftelse fra andre. Det er ikke nødvendigvis avhengigheten som er negativ, men relasjonene man har til medmennesker. Omsorg forutsetter avhengighet på ulike plan. Det er menneskesynet som ligger til grunn for synet en har på omsorg, og hvis en heller klarer å se på avhengighet på en positiv måte, vil det ha mye å si for omsorgen. Avhengighet ligger i menneskets natur, og vi er avhengige av hverandre, og avhengigheten til andre kan på en positiv måte sette rammer for ens frihet (Martinsen, 2003).

Pasienter som mottar kun hjelp fra pårørende blir oftere deprimerte enn pasienter som har profesjonell hjelp. Pasienter som mottok både hjelp fra familie/venner og profesjonelle samtidig, utviklet mindre depresjonssymptomer i forhold til dem som kun mottok hjelp fra venner og familie. Å legge til rette for et godt samarbeid med pårørende vil derfor være avgjørende i en rehabiliteringsprosess (Liu *et al.*, 2019).

Helsedirektoratet har en pårørendeveileder som forteller at helse og omsorgstjenestene skal bidra til å forebygge og fremme helsen til pårørende som har store omsorgsoppgaver eller belastninger over tid. Det bør utføres en kartlegging vedrørende deres omsorgsoppgaver, ressurser og belastningsnivå. Gjennom kartleggingsamtale bør pårørende også få informasjon om hva og hvilke tilbud de kan søke på, slik som lavterskeltilbud, avlastning, støttegrupper, hjelpemidler osv. Sykepleieren kan også snakke med pårørende angående følgene av å være pårørende over tid, både det fysiske og det psykiske, og om vanlige helseutfordringer som kan dukke opp hos pårørende. Sykepleieren kan videre oppmuntre pårørende til å ivareta sin egen helse ved å opprettholde fysisk form, delta i forskjellige mestringskurs, eller liknende. I tiden etter hjerneslag vil ofte pasient motta oppfølging og behandling hjemme, og dette kan også påvirke pårørendes hverdag. Sykepleiere og helsepersonell må respektere at boligen er både pasient og pårørendes hjem og involvere pårørende i beslutninger som tas. Et godt samarbeid og dialog er avgjørende. Sykepleieren kan forhøre seg om hvilke tidspunkter som passer med hjemmebesøk, om det er følelsesmessige aspekter som spiller inn, og hva som er viktig for

pårørende, involvere og lære opp pårørende i bruk av praktisk utstyr o.l. Opplæring kan gis sammen med pasienten til stede eller uten. Det finnes også alternativer for gruppebaserte kurs og opplæringsarenaer (Helsedirektoratet, 2018).

Omsorgsmoral er viktig, spesielt med tanke på det skjeve maktforholdet som kan oppstå mellom pleier og pasient. Moralens burde virke som et vern for den svakeste parten. Verdier og fornuft må skinne gjennom, og fornuften er det som binder oss som mennesker sammen og som kommer til uttrykk gjennom dialog og samhandling. I praksis vil moral læres gjennom erfaring og sosial samhandling, og til å begynne med vil en nyutdannet ofte handle ut ifra regler og være detaljstyrt. Med erfaring vil reglene bli til hjelpemidler, og en får mer innlevelse i situasjoner og kan gjøre erfaringsbaserte beslutninger. Det vil være lettere å gjøre helhetlige vurderinger etter hvert en får erfaring (Martinsen, 2003).

5.4 - Kritisk vurdering av metode og kilder

Litteraturstudiet er skrevet med utgangspunkt i kriterier og føringer gitt av NTNU.

Det har blitt utført en avgrensning av problemstillingen, og av den grunn har det blitt lagt begrensninger på søkeresultatet. Søkeprosessen var en omfattende og langvarig prosess og resultatene reflekterer det forfatterne mente ville svare på problemstillingen.

For å bli inkludert i litteraturstudiet måtte litteraturen møte IMRAD strukturen og være fagfellevurdert. Vi søkte opp tidsskriftene der resultatene var publisert i register over vitenskapelige publiseringskanaler for bekreftelse (direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å).

Gjennom arbeidet med litteraturstudiet har evnen til å utføre en kritisk gjennomgang av anvendt litteratur blitt utviklet. Vi har tatt utgangspunkt i spørsmål for kritisk tankegang som «Hvor fant du artikkelen» «hvordan vet du at det er god kvalitet?» «Hva inneholder artikkelen, hva er dens hovedargument og hva er hovedfunnene?» På denne måten fikk vi fokusert på litteraturens relevans til oppgaven og problemstilling, og vi fikk sikret kvaliteten på litteraturen (Aveyard, 2019).

Resultatartiklene er skrevet på engelsk. Det kan ikke garanteres at oversettelsen til norsk er uten feil og mangler, men forfatterne har lest resultatartiklene mange ganger for å sikre seg riktig oversetting så godt det lot seg gjøre.

Forfatterne valgte å bruke Toulimins (2003) argumentasjonsmodell (Gjengitt i Persson, 2021) som argumentanalyse, og på denne måten ble det gjort en grundig innholdsanalyse av litteraturen.

Alle artiklene vi har funnet er kvantitativt design. Kvantitative studier bruker forskjellige verktøy for å samle inn og komme frem til målbare data gjennom nummer (Aveyard, 2019). Forfatterne hadde et ønske om å finne artikler med både kvalitativt- og kvantitativt design, men i utvalgsprosessen ble artiklene med kvalitativt design forkastet siden de ikke svarte på problemstillingen på en god måte. Ved bruk av også artikler av kvalitativt design kunne litteraturstudiet i større grad omhandlet meninger og fenomener for å utvikle forståelse for det valgte temaet (Aveyard, 2019).

Drøftingen inneholder hovedsakelig primærkilder for å unngå feiltolkning av innhold. Sekundærkilder ble kun brukt som supplement til primærkildene. Pensumlitteratur, lovverk og yrkesetiske retningslinjer ble benyttet.

6.0 - Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven er å se på problemstillingen vår “*Hva er sykepleierens rolle i å identifisere depresjon hos hjerneslagpasienter og hvordan følge opp disse pasientene?*”.

Det handler om hvordan sykepleiere kan observere pasienter etter hjerneslag for å se etter symptomer på depresjon versus nedforhet og hvordan sykepleierens rolle bidrar i behandling av depresjon og kunne gi best mulig ivaretagelse til slagpasientene.

For pasienter som har utviklet depresjon etter hjerneslag viser det seg at relasjonsbygging er et viktig element i behandlingen for å bli bedre, og sykepleiere kan sørge for at pasientene mottar en god, profesjonell og personorientert kommunikasjon. God relasjon mellom sykepleier og pasient kan bidra til bedre selvtillit, og pasientens håp bygges opp, noe som er en motiverende faktor bak menneskelig atferd og handler om en fornemmelse av det mulige. Å kunne føle håp er viktig med tanke på å kunne mestre sin sykdom og lidelse, og det er derfor viktig at en sykepleier kan få den syke og deres familie til å kunne oppleve håp for å kunne mestre sykdom og lidelse. For å oppnå god relasjon må sykepleier kunne vise god omsorg, som betegner at en har situasjonsforståelse for pasienten og klarer å sette seg inn i deres livssituasjon. Omsorg innenfor sykepleiekompetanse bygger på en bevissthet om praktisk kunnskaps betydning, og at erfaring og fagopplæring er spesielt viktig.

Å skulle identifisere depresjon hos hjerneslagpasienter er i seg selv en krevende oppgave med tanke på utfordringer den hjerneslagrammede kan ha som eksempelvis afasi og hukommelsesproblemer. Det er ingen standard for identifiseringsverktøy i bruk i dag, som fører til at depresjon hos hjerneslagpasienter ofte forblir udiagnostisert og underdiagnostisert. Forskning viser at CES-D, GMS og MADRS kan brukes for å avdekke depresjon hos hjerneslagpasienter. MADRS er den raskeste å administrere og mest brukt i Norge. Sykepleiere som jobber med hjerneslagpasienter, bør derfor få opplæring i identifiseringsverktøy for depresjon.

Det stilles krav til at helsepersonell skal arbeide i samsvar med de krav som stilles til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, jf. §4 i helsepersonelloven (1999). Videre står det at helsepersonell er pålagt å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner (helsepersonelloven, 1999). For å kunne utøve profesjonalitet er sykepleiere nødt til å få opplæring i bruk av kartleggingsverktøy for depresjon etter hjerneslag (baseman *et al.*, 2010)

I oppfølgingen av deprimerte hjerneslagpasienter kan sykepleier fremme sosial integrasjon. Det er sammenheng mellom sosial integrasjon og depresjon. Pasienter som har redusert funksjonsstatus har høyere risiko for å utvikle depresjon. Gjennom helhetlig omsorg og ved å se hele pasienten kan sosial integrasjon fremmes. Sykepleiere kan bruke en salutogenetisk tilnærming, godt omsorgsarbeid, opplæring og undervisning i dette arbeidet.

Litteraturliste

Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care - a practical guide*. 4. utg. London: Open University Press.

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (u.å) - *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra:
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet 15.05.2022)

Eide H. & Eide.T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner, Personorientering, samhandling og etikk*. 3.utg. s. 16-17 Gyldendal Norsk Forlag AS

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier* 4. utg.. Sverige: Natur & kultur akademisk.

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Tilgjengelig fra:
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_3 (Hentet 10.05.2022)

Fossbråten, L., Heir, W., og Smith, S.S (2018) *Omsorg og egenomsorg*. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/subject:1:992c86f7-8cae-45ef-aab3-a40cdc5e99d9/topic:2:172819/topic:2:178985/resource:1:53808> (Hentet 01.05.2022)

Greve, A. (2016) *Profesjonalisert omsorg*. Tilgjengelig fra:
<https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/profesjonalisert-omsorg/> (Hentet 15.05.2022)

Grønseth, R. og Jerpseth, H. (2019) *Bacheloroppgave i sykepleie, praktiske råd i skriveprosessen*. 1. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet 10.05.2022)

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/> /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-og%20spesialisthelsetjenesten.pdf (Hentet 28.03.22)

Helsedirektoratet (2017) *Hjerneslag -behandlingskjeden ved hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/behandlingskjeden-ved-hjerneslag#rehabilitering-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten-praktisk> (Hentet 28.04.2022)

Helsedirektoratet (2018) *Pårørendeveileder - 6.1. Støtte til pårørende med store omsorgsoppgaver og/eller belastninger*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/stotte-familie-og-andre-parorende/stotte-til-parorende-med-store-omsorgsoppgaver-ogeller-belastninger> (Hentet 10.05.2022)

Helsedirektoratet (2020) *Hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag> (Hentet 06.05.2022)

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet 10.05.2022)

Håkonsen, K. M. (2015) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Side: 308 – 312

Jakobsen, S.W. (2017) *Mange får depresjon og angst etter hjerneslaget*. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/hjernen-depresjon-psykiske-lidelser/mange-far-depresjon-og-angst-etter-hjerneslaget/365956#:~:text=Kommunikasjon%20kan%20bli%20vanskelig,Risikoen%20vedvarer%20over%20tid.> (Hentet 10.05.2022)

- Jentoft, N., Gundersen, E. N. og Hellang; Ø. (2021) *Sammendrag og anbefalinger fra rapport: Hvordan rekruttere nyutdannede sykepleiere? - praksis i studiet viser vei.* Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/globalassets/regioner/ks-agder/27082021-Sammendrag-og-anbefalinger-Hvordan-rekruttere-nyutdannede-sykepleiere-NORCE-UiA-KS-Agder.pdf> (Hentet 15.05.2022)
- J. R. M. Copeland, J.R.M, Prince,M.,Wilson, K.C.M, Dewey, M.E., Payne, J., Gurland, B. (2002) *The Geriatric Mental State Examination in the 21st century.* Doi: [10.1002/gps.667](https://doi.org/10.1002/gps.667) (Hentet 10.05.2022)
- Kjelvik, J. (2019) *Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 15-49 år.* (IS-2809). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-i-alderen-15-49-ar/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20til%20personer%20i%20alderen%2015-49%20%C3%A5r.pdf/_/attachment/inline/97d11b97-6d25-44f0-be65-5e86162e20d1:d453c2e4e6ceaa127ca36237591361b089691506/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20til%20personer%20i%20alderen%2015-49%20%C3%A5r.pdf (Hentet 15.05,2022)
- Kommunesektorens organisasjon (2016) *Insentiver for god samhandling i lokale behandlingstilbud innen rusomsorg og psykisk helsevern.* Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fou-sok/2016/154013/> (Hentet 15.05.2022)
- Kommunesektorens organisasjon (u.å). *Rekrutteringsbehov i kommunesektoren fram mot 2026.* Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/profilerings--og-rekrutteringsarbeid/rekrutteringsbehov-i-kommunesektoren-fram-mot-2026.pdf> (hentet 15.05.2022)
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (2015) *Fakta om hjernen.* Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/fakta-om-hjerneslag/fakta-om-hjernen/> (Hentet 28.03.2022)

- Langeland, E. (2009) *Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/299456.pdf> (Hentet 27.03.2022)
- Lightbody C.E., Baldwin R., Connolly M., Gibbon B., Jawaid N., Leathley M., Sutton C., Watkins C.L. (2007) *Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection*. *Journal of Advanced Nursing* 57(5), 505–512. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04135.x>
- Liu, C., Prvu-Bettger, J., Cheehan, O.C., Huang, S. og Roth, D.L (2019) *Association of formal and informal care with health-related quality of life and depressive symptoms: findings from the Caring for Adults Recovering from the Effects of Stroke study*, *Disability and Rehabilitation*, 43(8),Doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1650965> (hentet 18.03.2022)
- Lønne, A. (2021) *Salutogenese*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/salutogenese> (Hentet 28.03.2022)
- Løvhøiden, I. og Welhaven, I, L. (2015) *Psykiske utfordringer etter hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/livet-etter/psykiske-utfordringer-etter-hjerneslag/> (Hentet 29.03.2022)
- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathisen, T.M, Bjerke, L.M og Skar, T. (2021) *Hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/hjerneslag/hjerneslag/> (Hentet 28.03.2022)
- Meld.St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
- NHI.no (2022) *MADRS (Montgomery And Åsberg Depression Rating Scale)*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/psykiatri/montgomery-and-aasberg-depression-rating-scale-madrs/> (Hentet 10.05.2022)

- Niloufar Hadidi, Ruth Lindquist , Diane Treat-Jacobson , and Kay Savik (2010) *Natural Patterns of Change in Poststroke Depressive Symptoms and Function*. DOI: <https://doi.org/10.1177/0193945910382426> (Hentet: 05.10.2022)
- Norsk Sykepleierforbund (u.å) - A. *Yrkesetiske Retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet 10.05.2022)
- Norsk Sykepleierforbund (u.å) - B. *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp> (Hentet 10.05.2022)
- NTNU (u.å) *Hva er MRoD?* Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/sekom/hva-er-imrod> (Hentet 15.05.2022)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven> (Hentet 10.05.2022)
- Persson, M. (2021) *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang - en praktisk guide*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Regjeringen (2021) *Psykisk helse*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/kommualt-rus-og-psykisk-helsearbeid/id2344815> (Hentet 15.05.2022)
- Tønnesen, S. og Nortvedt, P. (2012) *Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?* Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie> (Hentet 15.05.2022)
- Rønning, M, A., Holmen, H. og Ribbu, L. (2020) *Sammenhengen mellom depressive symptomer og egenbehandling (selfmanagement) hos personer med diabetes 2*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2020/03/sammenhengen-mellom-depressive-symptomer-og-egenbehandling-self-management-hos> (Hentet 10.05.2022)

Susan Baseman, Kathleen Fisher, Louise Ward, Anand Bhattacharya (2010) *The Relationship of Physical Function to Social Integration After Stroke*. DOI: 10.1097/jnn.0b013e3181e3181e (hentet 10.04.2022)

Travelbee J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* 1.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS

Woodward, Amanda T.; Fritz, Michele C.; Hughes, Anne K.; Coursaris, Constantinos K.; Swierenga, Sarah J.; Freddolino, Paul P.; Reeves, Mathew J. (2021) *Effect of transitional care stroke case management interventions on caregiver outcomes: the MISTT randomized trial*. DOI: [10.1080/00981389.2021.2009958](https://doi.org/10.1080/00981389.2021.2009958) (hentet 24.03.22)

