

Bjørkedal, Kjersti Aksnes  
Hjelm, Anne

## “Det er ikke noe system for å ivareta psykisk helse”

En kvalitativ studie om oppfølging av psykisk helse etter hjerneslag.

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Marte Ørud Lindstad  
Mai 2023



Bjørkedal, Kjersti Aksnes  
Hjelm, Anne

## **“Det er ikke noe system for å ivareta psykisk helse”**

En kvalitativ studie om oppfølging av psykisk helse etter hjerneslag.

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Marte Ørud Lindstad  
Mai 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Tittel:	“Det er ikke noe system for å ivareta psykisk helse” En kvalitativ studie om oppfølging av psykisk helse etter hjerneslag.
Forfattere:	Kjersti Aksnes Bjørkedal Anne Hjelm
Veileder:	Marte Ørud Lindstad
Nøkkelord:	Hjerneslag Psykisk helse Ergoterapi Rehabilitering Poliklinisk oppfølging
Antall ord:	8308
Antall sider, inkludert vedlegg:	37

**Innledning:** Studien tar for seg temaet hjerneslag og psykisk helse. Tidligere forskning konkluderer med at slagpasienters psykiske helse burde ivaretas bedre, og kartlegges aktivt, samt at det er behov for mer forskning på dette området. Oppgavens hensikt er derfor å finne ut hvilket inntrykk ansatte i spesialisthelsetjenesten innenfor senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging har av slagpasienters psykiske helse, samt hvordan de opplever at den psykiske helsen blir ivaretatt.

**Problemstilling:** “Hvilket inntrykk har de ansatte i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging av slagpasienters psykiske helse, og hvordan opplever de at den psykiske helsen blir ivaretatt?”

**Metode:** Det er benyttet kvalitativ metode ved bruk av individuelle intervjuer av to ergoterapeuter og to sykepleiere som er ansatt i spesialisthelsetjenesten.

**Resultat:** Funnene ble kategorisert i tre hovedtemaer: ansattes inntrykk av slagpasienters psykiske helse, kartlegging og oppfølging av psykisk helse, og forbedringspotensialer og begrensede ressurser. Resultatene indikerer at ansatte i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging har inntrykk av at mange slagpasienter opplever psykiske reaksjoner og vansker i etterkant av hjerneslag. Videre uttrykker de ansatte at begrensede ressurser, i form av tid og antall ansatte, gjør det vanskelig å prioritere å kartlegge og følge opp pasientenes psykiske helse. Kartlegging og oppfølging blir gjort dersom de ansatte ser behov for det. I denne sammenheng forteller de om flere forbedringspotensialer knyttet til kartlegging og oppfølging av psykisk helse blant slagpasienter.

**Konklusjon:** På bakgrunn av våre resultater og tidligere forskning, kan det tyde på et behov for bedre ivaretagelse av slagpasienters psykiske helse. Denne studien hadde få informanter, noe som gjør at det er behov for mer forskning på temaet, da studien ikke kan generaliseres.

# Abstract

Title:	“There is no system to manage mental health” A qualitative study about care of mental health after cerebral stroke.
Authors:	Kjersti Aksnes Bjørkedal Anne Hjelm
Supervisor:	Marte Ørud Lindstad
Keywords:	Stroke Mental Health Occupational therapy Rehabilitation Outpatient treatment
Number of words:	8308
Pages, inclusive attachments:	37

**Introduction:** The theme of this study is cerebral stroke and mental health. Previous research concludes that stroke patients' mental health should be better cared for, actively evaluated, and that there is also need for more research in this field. The study's purpose is therefore to discover which impression the employed in secondary care within rehabilitation/outpatient treatment has of the stroke patients' mental health, also how they experience the care of mental health.

**Research question:** “What impression do the employed in rehabilitation/outpatient treatment have of stroke patients' mental health, and how do they experience the care of mental health?”

**Method:** A qualitative approach by using individual interviews was used in this study. Two occupational therapists and two nurses, all employed in secondary care, participated in the study.

**Results:** The findings were categorized into three main themes: employees' impressions of stroke patients' mental health, evaluation and care of mental health, and potential for improvement and limited resources. The results indicate that employees in rehabilitation/outpatient care have the impression that many stroke patients experience psychological reactions and difficulties following a stroke. Furthermore, the employees express that limited resources, in terms of time and number of employees, make it difficult to prioritize evaluation and care of the patients' mental health. Evaluation and care is done if the employees see a need for it. With this in mind, they talk about many potential improvements linked to mental health among stroke patients.

**Conclusion:** Our results and previous research indicate a need for better care for stroke patients' mental health. This study had few informants, which means that there is a need for more research on the topic as the study cannot be generalized.

# Forord

Vi vil starte med å rette en stor takk til veilederen vår Marte Ørud Lindstad for god veiledning, støtte og gode innspill i arbeidet med oppgaven. Samtidig vil vi takke våre kjære for å ha vært tålmodige og gode støttespillere gjennom hele bachelorprosessen. Takk til dere som har hjulpet oss med gjennomlesing og gode tilbakemeldinger. Til slutt vil vi rette en stor takk til våre informanter for at de har deltatt og gjort oppgaven mulig å gjennomføre.

Arbeidet med denne oppgaven har vært krevende, men en veldig spennende og lærerik prosess. Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven har vi utviklet vår forståelse for temaet og kommer til å ta med oss den nye kunnskapen ut i arbeidslivet.

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn og tema.....	1
1.2 Samfunnsaktualitet og relevans for ergoterapi .....	2
1.3 Avgrensing og problemstilling .....	4
1.4 Opplegg og disposisjon .....	4
2.0 Teoretisk referanseramme .....	5
2.1 Rehabilitering .....	5
2.2 ICF .....	6
2.4 Relevant forskning - kunnskapsstatus.....	8
3.0 Metode .....	9
3.1 Kvalitativ tilnærming .....	9
3.1.1 Individuelle intervju.....	9
3.2 Utvalg og antall informanter .....	10
3.3 Analyse av intervju .....	10
3.4 Personvern og etikk .....	12
4.0 Resultat.....	14
4.1 Ansattes inntrykk av slagpasienters psykiske helse .....	14
4.2 Kartlegging og oppfølging av psykisk helse .....	15
4.3 Forbedringspotensialer og begrensede ressurser.....	16
5.0 Diskusjon.....	18
5.1 Diskusjon av resultat.....	18
5.1.1 Rehabilitering, mer enn fysisk kropp?.....	18
5.2 Metodediskusjon .....	21
5.3 Relevans for praksis.....	23
6.0 Konklusjon.....	25
7.0 Litteratur .....	26
8.0 Vedlegg .....	29
8.1 Intervjuguide.....	29
8.2 Informasjonsskriv med samtykkeerklæring .....	32
8.3 Godkjenning fra NSD .....	35
8.4 PICO-skjema .....	36
8.4.1 Strukturert søk .....	36
8.4.2 Ustrukturert søk .....	37



# 1.0 Innledning

Denne studien setter søkelys på hvordan slagpasienter sin psykiske helse blir ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging. Gjennom dette kapittelet vil samfunnsaktualiteten for temaet og den faglige forankringen tilknyttet ergoterapi bli løftet frem. Vi skal videre ta for oss tidligere forskning angående temaet og viktigheten av det. På bakgrunn av dette har vi utformet en problemstilling, og avslutningsvis et avsnitt om hvordan vi har valgt å bygge opp og strukturere oppgaven videre.

## 1.1 Bakgrunn og tema

Temaet i denne bacheloroppgaven er hjerneslag og psykisk helse, og handler om hvordan ansatte opplever at pasienters psykiske helse blir ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging etter hjerneslag. Med psykisk helse i denne sammenhengen menes reaksjoner eller ettervirkninger i etterkant av slaget, og ikke psykiatriske diagnoser som eventuelt var til stede før hjerneslaget. Det som menes med senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging i denne oppgaven er oppfølging av hjerneslagpasienter etter at de er ferdig med første rehabilitering og har vært hjemme i en periode etter slaget.

Bakgrunnen for at vi har valgt å gå inn på dette temaet er at vi har bekjente som har gjort seg erfaringer med dette gjennom å ha vært i slagrehabilitering, og fordi vi har gjort oss erfaringer med temaet i praksis.

Knyttet til hjerneslag og psykisk helse, kommer det frem i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag at “Emosjonelle symptomer er blant de mest oversette problemer etter hjerneslag” (Helsedirektoratet, 2017, s. 295). Dette viser at det kan være nyttig å rette oppmerksomhet mot hvordan slagpasienters psykiske helse blir ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging. I tillegg kommer det frem i Bredland et al. (2011) at rehabilitering omhandler mer enn den fysiske funksjonen, og de viser til viktigheten av å ha et helhetssyn på personen som gjennomgår rehabilitering. Vi ønsket derfor å finne ut om de som jobber innen rehabilitering og poliklinikk har fokus på mer enn den fysiske helsen.

## 1.2 Samfunnsaktualitet og relevans for ergoterapi

Den norske befolkningen blir stadig eldre, og det forventes at antall personer over 67 år vil nærmest fordobles fra år 2000 til år 2050 (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 40). Økt levealder øker risikoen for å bli rammet av hjerneslag (Ledang, 2014, s. 220); og i 2021 var gjennomsnittsalderen for kvinner som ble rammet av hjerneslag 77 år, og gjennomsnittsalderen for menn 72 år (Norsk hjerneslagregister, 2021, s. 3). I Norsk hjerneslagregisters årsrapport fra 2021 vises det til at det ble registrert 9158 akutte hjerneslag i norske sykehus. Hjerneslag er en sykdom som oppstår akutt og er forårsaket av enten blodpropp eller hjerneblødning som hemmer blodsirkulasjonen (Nielsen, 2020, s. 166).

Flere slagrammede vil få varige funksjonsnedsettelse, som fører til behov for rehabilitering (Helsedirektoratet, 2017, s. 205-206). Disse funksjonsnedsettelsene kan forekomme innenfor kognitiv, fysisk og emosjonell funksjon, og kan gi psykiske utfordringer i etterkant (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 335). Ifølge Helsedirektoratet (2017, s. 295) er det mellom 20-40% av slagrammede som sliter med depresjon. Det kommer også frem at angst forekommer hyppig etter slag (Helsedirektoratet, 2017, s. 295).

Endringer i ulike funksjoner avhenger av hvor i hjernen slaget har rammet (Helsedirektoratet, 2017, s. 205). Psykiske vansker som depresjon og angst kan være organisk betinget (Nielsen & Kristensen, 2011, s. 83). Om disse vanskene er organisk betinget eller ikke, avhenger av hvilken del av hjernen som rammes av slaget (Nielsen & Kristensen, 2011, s. 83). Disse organiske endringene kan begrense hverdagslige aktiviteter som tidligere var en selvfølge å gjennomføre (Gustafson, 2020, s. 268). Samtidig kan psykiske vansker forekomme som en reaksjon på endringene etter hjerneslag (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 336; Glefjell, 2016, s. 16).

Ettersom utfallet vil være individuelt, er det nødvendig med et tverrfaglig og koordinert rehabiliteringstilbud, slik at alle får den hjelpen de trenger (Helsedirektoratet, 2017, s. 205). For å koordinere tilbudet blir det opprettet et tverrfaglig team rundt pasienten bestående av ulike faggrupper, der ergoterapeuter kan inngå som en aktuell faggruppe (Helsedirektoratet, 2017, s. 206).

Ergoterapeuters kjernekompetanse handler om å se person, aktivitet og omgivelser i sammenheng for å skape inkludering og deltakelse (Nymo et al., 2017, s. 15; Faber, 2019, s. 199). Dette gjøres gjennom å jobbe med personers aktivitetsutførelse, tilrettelegging av

aktiviteter og inkluderende omgivelser (Nymo et al., 2017, s. 15; Faber, 2019, s. 199; Østergaard et al., 2019, s. 294). Deltakelse i en rekke forskjellige aktiviteter og roller, har positiv innvirkning på helse og velvære (Wilcock & Hocking, 2015, s. 131). Ettersom ergoterapeuter er helsepersonell med aktivitet som hovedområde, handler profesjonens grunnfilosofi om at å delta i meningsfull aktivitet og at hverdagslige aktiviteter er helsefremmende (Wilcock & Hocking, 2015, s. 131). Grunnfilosofien handler også om at deltakelse i aktivitet bidrar i behandling av pasienter og brukere (Wilcock & Hocking, 2015, s. 131).

Ergoterapeuter har kompetanse om psykisk helse på liknende grunnlag som andre helsefaglige grupper, og har en sentral rolle i rehabilitering av personer med hjerneslag (Østergaard et al., 2019, s. 299). Arbeidsoppgavene til en ergoterapeut omhandler det å ta del i trening av personer i hverdagsaktiviteter, og vurdere dette (Østergaard et al., 2019, s. 299). Siden ergoterapeuter arbeider med mennesker i denne gruppen, kan de komme ut for pasienter med psykiske utfordringer i etterkant av hjerneslag. På bakgrunn av kompetansen ergoterapeuter har knyttet til å se menneskers helse, både fysisk og psykisk, i sammenheng med aktivitet og deltakelse, kan det tilrettelegges for deltakelse og mestring gjennom å identifisere fremmende og hemmende faktorer (Creek, 2014, s. 30; Østergaard et al., 2019, s. 299; Johannsen & Ulsing, 2019, s. 318). Samtidig har ergoterapeuter kompetanse som kan hjelpe personer som har blitt rammet av hjerneslag med å delta i hverdagslige og meningsfulle aktiviteter (Wæhrens, 2013, s. 374). Det å støtte personen i å utføre meningsfulle aktiviteter kan bidra til at personen får bedre livskvalitet og føler på mestring (Johannsen & Ulsing, 2019, s. 318).

At ergoterapeuter skal ha kunnskap om psykologi er også skrevet i rammeplanen for ergoterapiutdanningen, fastsatt i 2005 (Forskrift til rammeplan for ergoterapeut, 2015). Kompetansen man har med seg fra fag i løpet av studiet, i tillegg til sin praktiske kompetanse, kan man nytte seg av når man møter slagpasienter som ikke har fått oppfølging av det psykiske aspektet ved helsen. Pasientenes psykiske helse kan påvirke deres evne til å utføre ulike aktiviteter som de må og/eller vil gjøre (Terrill et al., 2018, s. 4). Dette kan for eksempel påvirke evnen de har til å ta vare på seg selv, komme seg tilbake i arbeid eller forflytte seg selvstendig (Terrill et al., 2018, s. 4). De fysiske elementene her er noe som ergoterapeuter har mulighet til å tilrettelegge for, og har god kompetanse på, og det vil derfor

være naturlig å ha fokus på hva som ligger bak, slik som vanskeligheter med psykisk helse (Terrill et al., 2018, s. 4).

### 1.3 Avgrensing og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å få innsikt i hvilket fokus ulike faggrupper har på psykisk helse i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging etter hjerneslag. Vi ønsker at oppgaven skal bidra til at ansatte i rehabilitering og poliklinisk oppfølging skal ha et mer holistisk syn på pasientene ved å ivareta psykisk helse på lik linje med den fysiske.

**Problemstilling: “Hvilket inntrykk har de ansatte i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging av slagpasienters psykiske helse, og hvordan opplever de at den psykiske helsen blir ivaretatt?”**

### 1.4 Opplegg og disposisjon

I de følgende kapitlene skal vi gå inn på teoretisk referanseramme, valgt metode og begrunnelsen for denne. I metodekapittelet gis også en beskrivelse av datainnsamling og analyse. Videre tar vi for oss resultatkapittelet, og deretter diskusjonskapittelet med resultat- og metodediskusjon, og et siste delkapittel som omhandler relevans for praksis.

Avslutningsvis vil vi presentere konklusjon og avslutning på oppgaven.

## 2.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet tar vi for oss oppgavens teoretiske referanseramme. Først gjør vi rede for relevante teorier, som brukes i diskusjon av resultatene, før det deretter blir presentert nyere forskning om forholdene vi er opptatte av i vår oppgave.

### 2.1 Rehabilitering

I denne studien ble ulike faggrupper innen senfaserehabilitering og poliklinisk oppfølging av hjerneslag intervjuet. Ettersom informantene både fortalte på vegne av arbeidsplassen og seg selv, vil rehabiliteringsperspektivet være relevant. Under innsamlingen av data kom det frem hva arbeidsplassene hadde prioritert og ikke. Sett i lys av Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, blir det tydelig at de ulike målene for rehabiliteringen ikke blir fulgt opp i samme grad. Av den grunn kan rehabiliteringsperspektivet bidra inn i diskusjonen.

Rehabilitering blir ifølge St.meld. 21 Ansvar og meistring (1998-99) beskrevet som:

*“tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.”*

Bredland et al. (2011) forklarer at det er en medisinsk tradisjon og en sosial dimensjon knyttet til betydningen av rehabilitering, og at begrepet har ulike forståelsesrammer. Den medisinske tradisjonen er knyttet til “bedring av kroppsfunksjon og mestring av daglige aktiviteter” (Bredland et al., 2011, s. 31-32), og den sosiale dimensjonen er knyttet til at “individets ære og verdighet i samfunnet har betydning” (Bredland et al., 2011, s. 32). Bredland et al. (2011) tar for seg fire ulike forståelsesrammer, hvor disse handler om rehabilitering knyttet til trening av funksjonsevne, like muligheter til å delta i samfunnet, indre prosesser og overgangssituasjoner.

Målet og hensikten med rehabilitering rettet mot hjerneslag er å bedre funksjon og/eller hindre funksjonstap, og i tillegg oppnå uavhengighet både fysisk, psykisk og sosialt (Helsedirektoratet, 2017, s. 205). Behovet for rehabilitering kommer som følge av personers

behov for tverrfaglig og målrettet oppfølging for å kunne delta (Bredland et al., 2011, s. 21-22).

Ifølge Bredland et al. (2011) er rehabilitering en sammensatt prosess, som omfatter mer enn den fysiske funksjonen, da det påvirker personers deltakelse i aktivitet (Bredland et al., 2011, s. 52). At hverdagen har endret seg kan påvirke personers tanker, følelser og opplevelser, som igjen kan påvirke rehabiliteringsprosessen (Bredland et al., 2011, s. 52, 107). Det vil derfor være viktig å etterstrebe å ha et helhetssyn i rehabiliteringsprosessen, og gjøre en helhetsvurdering, for å også fange opp hva som fremmer og hemmer aktivitet (Bredland et al., 2011, s. 52). Dette kan være utfordrende for en enkelt faggruppe, ettersom prosessen er omfattende (Bredland et al., 2011, s. 55). Rehabilitering forutsetter derfor tverrfaglig samarbeid, slik at helheten i situasjonen blir fanget opp (Bredland et al., 2011, s.55).

## 2.2 ICF

Siden denne studien har et tverrfaglig fokus i datainnsamlingen, er det blitt benyttet Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) i tillegg til rehabilitering. ICF-modellen har flere likhetstrekk med ergoterapeutiske begrepsmodeller, noe det vil bli gjort rede for etter introduksjonen av ICF-modellen.

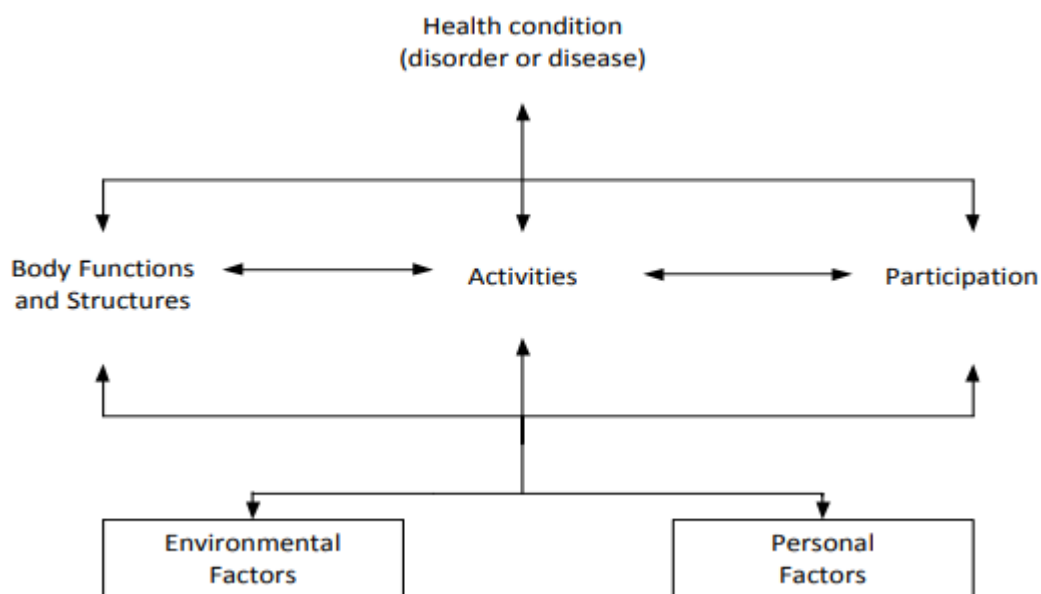
ICF er en modell, samt et internasjonalt klassifikasjonssystem som blir brukt til å beskrive konsekvenser av skade eller sykdom (Bredland et al., 2011, s. 66). Modellen gir ulike faggrupper felles begreper slik at alle får en felles forståelse (Bredland et al., 2011, s. 66). Den forsøker å forene en medisinsk modell, med vekt på diagnose og skade, og en sosial modell, med vekt på miljømessige forhold, og kan derfor kalles en bio-psyko-sosial modell (Bredland et al., 2011, s. 67). Ifølge Bredland et al. (2011) består ICF modellen av to hovedområder, med to tilhørende emneområder:

1. Funksjon og funksjonshemming
  - a. Kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer
  - b. Aktivitet og deltakelse
2. Kontekstuelle faktorer
  - a. Miljøfaktorer
  - b. Personlige faktorer

(Bredland et al., 2011, s. 67)

Emneområdene aktivitet og deltakelse i ICF (Bredland et al., 2011, s. 67), er også sentralt i ergoterapi, da ergoterapi handler om å muliggjøre aktivitet og deltakelse i hverdagslivet (Peoples et al., 2019, s. 25). Aagaard & Langdal (2019, s. 114) løfter frem at selv om aktivitet og deltakelse er sentralt i både ergoterapi og ICF, tar de for seg begrepene ulikt. ICF tar for seg begrepene aktivitet og deltakelse hver for seg, mens ergoterapi ser begrepene i sammenheng med hverandre. De har i tillegg ulik forståelse for begrepet aktivitet. I ICF blir begrepet aktivitet brukt om personens utførelse av aktivitet eller handling, men i ergoterapi forstås begrepet aktivitet som noe mer enn bare den konkrete oppgaven som utføres. I en ergoterapeutisk forståelse inkluderer også begrepet individuelle og sosiokulturelle faktorer (Aagaard & Langdal, 2019, s. 113-114).

Et sentralt likhetstrekk mellom ICF og ergoterapeutiske begrepsmodeller, som for eksempel PEO-modellen (The Person-Environment-Occupation model), er at de legger vekt på at person og omgivelser påvirker hverandre, og at disse påvirker mulighet for aktivitet og deltakelse (Kielsgaard et al., 2019, s. 145). Etersom områdene i ICF-modellen tar for seg mer enn fysisk helse, kan modellen bidra i diskusjon rundt det å ha et holistisk syn i senfaserehabilitering og poliklinisk oppfølging etter hjerneslag.



(WHO, 2013, s. 7)

## 2.4 Relevant forskning - kunnskapsstatus

For å få et overblikk over temaet, samt for å kunne diskutere funnene som kommer frem i analysedelen, er det blitt gjennomført litteratursøk på forskning knyttet til ivaretagelse av psykisk helse i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging etter hjerneslag. For å finne tilgjengelig og relevant forskning for denne studien, ble det først gjennomført et ustrukturert søk i Google Scholar. Deretter ble det gjennomført strukturert søk. Se vedlegg 8.4.

I Bergersen et al. (2010) kommer det frem at omtrent halvparten av deltakerne i studien opplever mulig psykisk sykdom som depresjon og angst, og lav livskvalitet (Bergersen et al., 2010, s. 367). Av disse var det flere som ikke oppsøkte hjelp til disse problemene (Bergersen et al., 2010, s. 368). Bergersen et al. (2010) konkluderte med at psykisk helse hos slagpasienter burde kartlegges mer aktivt (Bergersen et al., 2010, s. 368). At pasienters psykiske helse burde kartlegges aktivt konkluderes det også med i Terrill et al. (2018), da psykiske lidelser er vanlige hos pasienter med mildt slag, og påvirker rehabiliteringen negativt (Terrill et al., 2018, s. 4, 6).

I Glefjell (2016) vises det til at det er viktig å ha større fokus på psykiske utfordringer hos personer som har gjennomgått hjerneslag. Dette konkluderes på bakgrunn av studiens funn. Deltakerne i studien opplevde å måtte finne ut selv hvordan de skulle håndtere sine psykiske reaksjoner og utfordringer etter hjerneslaget, ettersom de ikke fikk tilbud om kartlegging eller samtale knyttet til dette (Glefjell, 2016).

Hansen et al. (2017) konkluderer med at det burde vurderes å opprette et bedre tilbud som ivaretar pasienters psykiske helse i rehabilitering. En reanalyse av denne rapporten viser at pasientenes psykiske helse ikke blir systematisk kartlagt og fulgt opp, og konkluderer med at flere pasienter har behov for at den psykiske helsen blir bedre ivaretatt (Hansen, 2018, s. 133). På bakgrunn av artiklenes funn og konklusjoner kan det være interessant å undersøke hvilket fokus ansatte har på psykiske helse i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging hos personer med hjerneslag.



## 3.0 Metode

I dette kapittelet vil metode og fremgangsmåten som er blitt benyttet for å besvare problemstillingen bli presentert. Som nevnt innledningsvis er hensikten med denne studien å få en forståelse for ansattes inntrykk og opplevelser av hvordan psykisk helse blir ivaretatt i oppfølgingen av slagpasienter. Derfor er det benyttet kvalitativ tilnærming i form av semistrukturerte intervjuer.

### 3.1 Kvalitativ tilnærming

For å besvare problemstillingen blir det benyttet en kvalitativ metode, da det i utgangspunktet er lite kunnskap om temaet. Hensikten er å utarbeide en dybdeforståelse for temaet gjennom informantenes egne meninger og erfaringer med oppfølging av slagpasienter. Kvalitativ metode bidrar med informasjon som er virkelighetsnært, ettersom det er opp til informanten å uttrykke hva som er relevant (Jacobsen, 2022, s. 139). En annen fordel med denne tilnærmingen sett i lys av målet til denne studien, er at den kan få frem mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 30).

Denne studien baserer seg på et konstruktivistisk verdenssyn for å samle inn empiri. Ifølge Creswell og Creswell (2018, s. 7) blir det konstruktivistiske verdenssynet sett på som en tilnærming til kvalitativ metode. Innenfor dette verdenssynet er den kvalitative forskningsprosessen som regel induktiv, da forskeren tar utgangspunkt i innsamlet data som i denne sammenheng vil være intervju (Creswell & Creswell, 2018, s. 8). Med et konstruktivistisk verdenssyn er målet med undersøkelsen å basere seg på informantens syn på temaet som utforskes i studien (Creswell & Creswell, 2018, s. 8). Derfor er det et konstruktivistisk verdenssyn som preger denne studien, ettersom søkelyset er på erfaringene og opplevelsene som informantene har med tilbudet som blir gitt til pasienter.

#### 3.1.1 Individuelle intervju

For å samle inn data ble det benyttet semistrukturerte individuelle intervjuer. Intervjuene ble gjennomført fysisk på informantenes arbeidsplasser. Siden formålet med studien er å belyse hvordan ansatte opplever at psykisk helse blir ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging etter hjerneslag, så ble formen på intervjuene semistrukturerte. En slik intervjuform er med på å sikre at intervjuet holder seg innenfor det aktuelle temaet (Jacobsen, 2022, s. 166), i tillegg til at informantene får frem deres erfaringer og opplevelser knyttet til

dette (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 22). Individuelle intervjuer vil også åpne for en dynamisk og informasjonsrik kommunikasjon som kan få den enkeltes perspektiv på temaet (Jacobsen, 2022, s. 163). Det ble utarbeidet en intervjuguide bestående av ni spørsmål med tilhørende oppfølgings spørsmål. Se vedlegg 8.1.

### 3.2 Utvalg og antall informanter

Etter å ha utviklet en intervjuguide ble det opprettet kontakt med mulige informanter. Først studerte vi hvilke arbeidsplasser som kunne være relevante med tanke på hvem som kunne gi oss aktuell informasjon om temaet. Deretter ble det initiert kontakt med postmottak innenfor sykehus og rehabiliteringssenter via e-post. Ettersom de ga avslag eller avsto fra å svare, ble det sendt ut e-post til tidligere praksisveiledere og enkeltpersoner etter tips fra veileder og medstudenter. Til slutt var det 4 informanter som sa seg villig til å bli intervjuet.

<b>Informant</b>	<b>Yrke</b>	<b>Arbeidsplass</b>	<b>Lengde på oppfølging</b>
Informant 1	Spesialergoterapeut	Arbeidsrettet rehabilitering, poliklinisk oppfølging	Opptil 1 ½ år
Informant 2	Sykepleier	Slagpoliklinikk	1 times samtale
Informant 3	Slagsykepleier	Slagpoliklinikk	1 times samtale
Informant 4	Spesialergoterapeut	Senfaserehabilitering	4 ukers opphold

Tabell 1: Informanttabell

### 3.3 Analyse av intervju

Som tidligere nevnt, baserer denne studien seg på et konstruktivistisk verdenssyn. Dette betyr at tilnærmingen til analysen vil være fortolkningsbasert, noe som forbindes med induktiv metode (Jacobsen, 2022, s. 31). I Jacobsen (2022, s. 25) blir induktiv tilnærming beskrevet som å samle inn empiri for å omgjøre det til teori. Dette samsvarer med fremgangsmåten benyttet i denne studien, siden empiri blir innhentet fra informantene og omgjort til teori.

Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som deretter ble transkribert i sin helhet. Intervjuene ble transkribert for at de lettere skulle bli analysert, og for å åpne for at andre kan kontrollere

rådataene (Jacobsen, 2022, s. 211). Etter transkriberingen ble det foretatt en induktiv innholdsanalyse av det transkriberte materialet.

I Jacobsen (2022) blir induktiv innholdsanalyse beskrevet at foregår på tre nivåer:

Nivå 1: Mikroanalyse

Nivå 2: Kategorisering

Nivå 3: Mening og sammenheng

Innenfor det første nivået, mikroanalyse, beskriver Jacobsen (2022) at denne analysen skal lede til koder ved å gå gjennom transkriberingen setning for setning. For hver setning skal forskeren spørre seg selv om hva de enkelte setningene handler om (Jacobsen, 2022, s. 218). Dette gjøres, ifølge Jacobsen (2022), også med hvert avsnitt for å se ordene på en annen måte, for så å gå tilbake til enkelte setninger med en ny forståelse.

Det første som ble gjort tilknyttet mikroanalysen var å lese transkriberingen for å få et helhetsinntrykk av intervjuene. Deretter ble det gjort et forsøk på å fargekode relevante koder i intervjuene, men denne taktikken ble det gått bort fra da det ble vanskelig å ha oversikt. I stedet endte det med at hver enkelt setning og hvert enkelt avsnitt ble tatt for seg, og kodene som var mest relevante ble skrevet i marginen. Etter å ha kodet alle intervjuene, ble kodene organisert på hvert sitt ark med hver sin farge ut ifra hvilket intervju de tilhørte. Til slutt ble kodene i hvert av intervjuene gjennomgått, og de som ikke var relevante ble ekskludert.

Videre fra mikroanalyse, beskriver Jacobsen (2022) at koder som har noe til felles skal samles i kategorier, som går under nivå to. Disse kategoriene skal danne et bilde av virkeligheten, både fra informantenes opplevelse og forskerens fortolkning (Jacobsen, 2022, s. 219).

Kodene ble kategorisert ved å se på likheter på tvers av intervjuene og samle de som hadde noe til felles. Dette endte med femten kategorier, noe som var mye og lite hensiktsmessig for studien. Derfor ble kategoriene sett i lys av problemstillingen, noe som førte til at noen kategorier ble kuttet vekk, og andre ble slått sammen. Etter denne prosessen var det tre kategorier som gjensto.

Siste nivå i analysen blir av Jacobsen (2022) kalt mening og sammenheng. Hensikten med dette nivået er å finne sammenhenger innad i kategorier og mellom kategoriene for deretter å

binde tekstene sammen igjen (Jacobsen, 2022, s. 220). Det er også på dette nivået forskeren skal finne ut hva i intervjuene som kan knyttes til problemstillingen, og forstå hvordan ulike deler av intervjuene henger sammen (Jacobsen, 2022, s. 220).

For å finne mening og sammenheng innad i og på tvers av kategoriene, ble søkelyset rettet mot de transkriberte intervjuene for å se om kodene i hver kategori handlet om det samme. Deretter ble analysen rettet tilbake til kategoriene, hvor vi så på sammenhengen mellom dem. Her ble det funnet noen sammenhenger som vil bli løftet frem i resultatkapittelet

### 3.4 Personvern og etikk

For å ivareta personvern har det blitt søkt om, og mottatt, godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), se vedlegg 8.3. I tillegg har vi laget et informasjonsskriv med samtykkeerklæring om bacheloroppgaven vår som ble sendt ut til informantene, se vedlegg 8.2. Samtykkeskjemaet ble godkjent av vår veileder.

Ettersom vi benytter kvalitativ metode i oppgaven vår, kan det være vanskelig å garantere anonymitet (Jacobsen, 2022, s. 50). Vi kan garantere så langt det lar seg gjøre at intervjuene vil bli behandlet på en måte som gjør at personopplysningene ikke skal komme på avveie (Jacobsen, 2022, s. 50). Det blir dermed snakk om konfidensialitet fremfor anonymitet (Jacobsen, 2022, s. 50). For å sikre konfidensialitet vil vi ha taushetsplikt rundt hva som kommer frem i intervjuene (Jacobsen, 2022, s. 51). Intervjuene ble tatt opp ved bruk av en diktafon og en mobiltelefon som var i flymodus, dette gjorde vi for å sikre at den ikke skulle ha noen eksterne tilkoblinger (Jacobsen, 2022, s. 52). Før flymodus ble slått av, overførte vi lydopptakene til en passordbeskyttet mappe på PC. Når det kommer til presentasjon av data har vi etterstrebet konfidensialitet ved å presentere dataene mest mulig fullstendig, der vi så dette som nødvendig (Jacobsen, 2022, s. 53).

Ved å benytte intervju som metode for innsamling av data, dukker det også opp noen etiske utfordringer knyttet til gjennomføringen og analysen. Som Malterud (2017) beskriver, vil forskeren alltid påvirke intervju- og analyseprosessen. Hvilken informasjon som kommer frem i intervjuet, kan bli påvirket av relasjonen mellom intervjuer og informant (Kvale og Brinkmann s. 35). Ifølge Tjora (2017) kan informantene, til tross for at de er informerte om at de kan trekke seg som deltaker i studien, ha vansker for å trekke seg ettersom man møter

informanten fysisk og har skapt en relasjon, da informantene kan føle at de “svikter” (Tjora 2017, s. 48). Dette har vi tatt i betraktning i arbeidet med bacheloroppgaven.

## 4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analysen av intervjuene i tre hovedtemaer: ansattes inntrykk av slagpasienters psykiske helse, kartlegging og oppfølging av psykisk helse, forbedringspotensialer og begrensede ressurser. Temaene ble valgt på bakgrunn av analysen og hva som var relevant knyttet til problemstillingen

### 4.1 Ansattes inntrykk av slagpasienters psykiske helse

I analysen av intervjuene kom det frem hvilket inntrykk informantene har av den psykiske helsen til de slagrammede pasientene. Det er gjennomgående i alle intervjuene at de opplever at flertallet av slagpasientene får psykiske reaksjoner. Informant 1 illustrerer; *"Jeg tror ikke nødvendigvis at man kan si at mange av våre pasienter tilhører en psykisk diagnose, men man får en reaksjon over situasjon, som er helt naturlig."* Dette blir også illustrert av informant 4: *"Det er jo ingen som får et hjerneslag, og ikke har noe nedtur i forhold til det da, også er det individuelt hvor lenge det kanskje henger i (...) Så jeg tenker det er viktig å ha med seg"*.

Det kommer og frem i flere av intervjuene at de som blir hardest rammet er de som sliter mest i ettertid, noe informant 2 illustrerer:

*Det er ganske mange som detter ned i kjelleren rett etterpå, det er jo veldig naturlig, (...) spesielt hvis du har vært veldig oppegående før (...) jeg tror at de som er hardt rammet, og som har vært fysisk friske før gjerne vil slite litt.*

Dette er noe som også kommer frem i intervju 4, der informanten uttrykker en opplevelse av at slagpasientenes nye hverdag påvirker den psykiske helsen i stor grad, spesielt for de som plutselig må ha hjelp til veldig mye. At pasientenes psykiske helse blir påvirket av deres nye hverdag, er også noe informant 3 forteller om knyttet til de som tidligere har hatt komplekse jobber:

*Mange opplever, særlig de som er i jobb, har mange problemer, fordi det er et veldig tap (...) særlig de som har (...) vært vant til å jobbe veldig komplekst med å gjøre mange ting samtidig og ha en god konsentrasjonsevne, for det er jo ofte det som rammes (...) de sliter veldig*

Informantene som jobber innenfor rehabilitering uttrykker viktigheten av å ta tak i pasienters større psykiske vansker, da disse vanskene kan påvirke pasientenes rehabiliteringsprosess.

Informant 1 illustrerer; *“Hvis det er større psykiske vansker som ligger der og ikke blir tatt tak i og blir behandlet eller fulgt opp, så får heller ikke vi drevet med rehabilitering, da står vi sånn i stampe og er heller ikke noe effektivt.”*

Dette blir også illustrert av informant 4: *“Ja, prøver å ha litt fokus på det, for det påvirker jo liksom rehabiliteringsprosessen, at du sitter fast i den psykiske biten og sorgen.”*

## 4.2 Kartlegging og oppfølging av psykisk helse

Analysen av intervjuene viser at det er ulike erfaringer rundt hvordan psykisk helse blir kartlagt og fulgt opp på deres arbeidsplass, men det er noen faktorer som er gjennomgående for alle. Dette gjelder blant annet om det blir gitt informasjon om psykisk helse, hvordan den psykiske helsen kartlegges og hvordan den blir fulgt opp.

Det kommer frem i analysen av intervjuene at det blir gitt lite til ingen informasjon om psykisk helse til personer som har fått hjerneslag. Informant 4 forteller at pasienter med hjerneslag får informasjon om psykisk helsehjelp om de ansatte ser et behov for det.

Informant 1 forteller at enkelte pasienter får tilbud om å delta i gruppe, der psykisk helse er et av temaene som blir tatt opp, men at det ikke er hovedtemaet i gruppetilbudet. Informant 3 forteller at de ansatte ikke gir noen spesifikk informasjon om psykisk helse, og at de ikke har noen rutine for å gi informasjon om psykisk helse til hjerneslagpasienter. Som illustrert av informant 1; *“Vi har ikke noe rutine eller protokoll på at vi liksom gir informasjon om det (...) informasjonsmessig så gir vi ikke ut noe skriv eller noe spesifikk informasjon om hvordan psykisk helse kan bli påvirket etter hjerneslag”*. Informant 3 illustrerer; *“Det er ikke noe system for det”*.

Ut fra analysen av intervjuene kommer det frem at det er ulik praksis i forhold til det å kartlegge den psykiske helsen. Gjennomgående i alle intervjuene er at de ikke har noe spesifikk kartlegging av psykisk helse. Informant 2 illustrerer: *““(...) ser vi jo kanskje mest på det fysiske (...)”*. I intervju 1 kom det frem at alle pasientene får en tverrfaglig vurdering ved innkomst, men at de ikke har noen standard kartlegging for psykisk helse. Det kommer frem i intervju 4 at de ansatte prøver å ha psykisk helse i bakhodet gjennom hele oppholdet, samt at ergoterapeuter har mulighet til å ta hensyn til det på bakgrunn av deres kompetanse. Dette blir illustrert av informanten slik:

*Prøver jo å ha det med oss hele veien for å si det sånn, at det ligger baki der (...)  
ettersom vi jobber tverrfaglig, også spiller vi jo gjerne på, altså vi har jo sykepleiere  
som har ekstra kompetanse på det med samtaler (...) psykiatrisk sykepleier har vi,  
men som ergoterapeuter og så synes jeg vi ... for det er jo en del av det som er å  
fungere i hverdagen. Så om vi ikke har noe sånn spesielt hode sånn så, tenker jeg, det  
kommer jo liksom opp i intervju vi har med dem da.*

I tillegg får pasientene tilsendt et skjema på forhånd, der de skal vurdere seg selv i forhold til, blant annet, fatigue og depresjon, samt hva som er viktig for dem. Dette for å sikre at pasienten vil få godt utbytte av oppholdet.

Informantene sier også noe om hvordan den psykiske helsen blir fulgt opp på deres arbeidsplass. Det kommer frem i flertallet av intervjuene at pasientene får tilbud om oppfølging av psykisk helse kun dersom de ansatte ser at det er behov for det. Dette gjelder både oppfølging der pasienten er, men også dersom de skal henvises til eksterne instanser. Det kommer frem i intervju 3 at de på den polikliniske samtalen går gjennom et skjema, der ett av spørsmålene omhandler pasientens psykiske helse.

Det kommer frem i analysen av intervjuene at det ikke er noen som har fast ansvar for å ta tak i og følge opp den psykiske helsen til pasientene. Informantene som jobber innenfor poliklinisk oppfølging, forteller at pasientene gjerne blir henvist videre dersom det blir avdekket et behov for det. Innenfor rehabilitering kan pasientene få tilbud om samtale med psykiatrisk sykepleier eller psykolog, men bare om de ansatte ser behov for det.

### 4.3 Forbedringspotensialer og begrensede ressurser

I analysene av intervjuene kom det frem ulike temaer som informantene mener, og ønsker, å forbedre i forhold til tilbudet de gir pasientene. De fortalte også hva som kunne være grunn til at de ikke har det fokuset på psykisk helse som de ønsker. Videre i oppgaven vil vi ha fokus på forbedringspotensialer knyttet til oppfølging av psykisk helse, og hvorfor det ikke har vært særlig fokus på psykisk helse på arbeidsplassene til informantene.

Et tema som var gjennomgående i alle intervjuene var at informantene uttrykte et ønske om å ha mer fokus på slagpasientenes psykiske helse. Informant 4 uttrykte ønske om å ha en psykolog tilgjengelig på arbeidsplassen for å kunne kartlegge psykisk helse og ha fokus på det. Informant 1 mener de kunne vært flinkere til å informere om ulike



foreninger/organisasjoner til pasientene. Informanten forteller også at de ansatte på arbeidsplassen opplever utfordringer knyttet til tilgang til journal angående psykisk helse, da de ansatte ikke har tilgang til denne informasjonen. En av informantene innenfor poliklinisk oppfølging fortalte dette angående pasientenes ønsker rundt tilbudet om en times samtale: *“Mange sier at de skulle ønske at de fikk det tidligere og at det hadde vært flere samtaler, men det er ikke kapasitet til noe annet enn å bare ta unna akkurat en tre måneders kontroll (...)”*. Selv ønsker informanten at pasientene skal ha bedre tid inneliggende for at de ansatte lettere skal kunne fange opp problemer, da de skrives ut for fort ifølge informanten.

Det kommer frem i analysene av intervjuene at tid og penger er hovedgrunnen til at psykisk helse får lite fokus i behandlingen av slagpasienter. Et tema som ble nevnt i alle intervjuene var at de hadde for lite tid til å gi pasientene den behandlingen de ønsket å gi dem. Informant 3 illustrerer;

*Hvis jeg stiller spørsmålet: hvordan har du det? Så kommer det veldig mye. Men det må jeg nesten slutte med, fordi det har jeg ikke tid til lenger. (...) Det er egentlig det største hjertesukket mitt, at det er for lite tid.*

At psykisk helse ikke blir prioritert på grunn av for lite tid og at de ansatte må prioritere ble også illustrert av informant 2; *“Jeg tenker jo at man kunne hatt mer fokus på psykisk helse, og hadde vi hatt bedre tid, så hadde det kanskje også vært naturlig at det ble en større del av tilbudet vi gir”*.

At det blir kuttet i ressurser og tid, er noe de opplever at handler om økonomi, og at det skal spares mest mulig. De ansatte må dermed prioritere arbeidsoppgaver i et presset system, noe informant 1 også illustrerer:

*Så er det jo kanskje det som er utfordringa; å klare å prioritere i et litt sånn pressa system (...) det skal jo kuttes fremfor tilføres ressurser. (...) at man skal skjære ned på ressurser og man skal bli effektiv, så er det kanskje slike ting som blir nedprioritert. For det går jo på økonomi (...)*

## 5.0 Diskusjon

Resultatene blir diskutert av analysene ved hjelp av rehabiliteringsteori og ICF som teoretisk rammeverk, i tillegg til faglitteratur og tidligere forskning. Diskusjonen sentrerer rundt problemstillingen som er: “Hvordan opplever ansatte i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging at psykisk helse etter hjerneslag blir ivaretatt på deres arbeidsplass?”

### 5.1 Diskusjon av resultat

#### 5.1.1 Rehabilitering, mer enn fysisk kropp?

Denne studien har forsøkt å avdekke hvordan slagpasienters psykiske helse blir ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging. Dette resulterte i tre gjennomgående temaer som var relevante for problemstillingen: Ansattes inntrykk av slagpasienters psykiske helse, kartlegging og oppfølging av psykisk helse, og forbedringspotensialer og begrensede ressurser.

Rehabilitering handler om å se alle forhold i og rundt situasjonen og personen i sammenheng (Bredland et al., 2011, s. 52). Personalet skal, sammen med pasient, forsøke å forstå hvordan de ulike forholdene påvirker hverandre (Bredland et al., 2011, s. 52). Dette kan innebære at personalet gir informasjon og synliggjør muligheter og (Bredland et al., 2011, s. 52). I intervjuene ble det fortalt at det ikke var et system for kartlegging og oppfølging av pasientenes psykiske helse, men at dette ble gjort dersom ansatte så behov for det. Dette gjaldt også knyttet til om det ble gitt informasjon om psykisk helse og videre helsehjelp. At kartlegging og oppfølging blir gjort ved observert behov, kan oppleves motstridende med tanke på de ansattes inntrykk av pasientenes psykiske helse.

Resultatene indikerer at de ansatte opplever at mange slagrammede får psykiske reaksjoner og utfordringer i etterkant av hjerneslaget. I forskningen til Bøe et al. (2017) fremkommer det at hjerneslaget kan, for enkelte, oppleves traumatisk da sykdommen kan medføre funksjonsnedsettelse som kan gå utover livskvaliteten til personen (Bøe et al., 2017, s. 91). Glefjell (2016) peker også i sin studie knyttet til psykiske reaksjoner i etterkant av hjerneslag, at informantene uttrykker behov for at den psykiske helsen blir fulgt opp.

Det kan være aktuelt å stille seg spørsmålet om hvorfor ikke psykisk helse blir vektlagt, kartlagt og fulgt opp tilstrekkelig når Terrill et al. (2018) og Bergersen et al. (2010) presiserer

at aktiv kartlegging av psykisk helse hos slagrammede, bør gjøres. Viktigheten av oppfølging av psykisk helse påpekes også i Glefjell (2016) sin studie knyttet til slagpasienters oppfattelse av egen psykisk helse etter hjerneslag, og deres behov og ønsker, samt i vår studie angående ansattes inntrykk av pasientenes psykiske helse.

På den ene siden gir våre informanter uttrykk for at de tar opp psykisk helse som tema der de ser behov for det og henviser videre dersom det er aktuelt, men at det var ønskelig med større fokus på det. På den andre siden kommer det frem i Glefjell (2016) at ingen av slagpasientene som var med i studien «har fått tilbud om kartlegging eller samtaleiltak for de emosjonelle reaksjonene sine hverken fra sykehus, kommunehelsetjenesten, eller fastlegene.» (Glefjell, 2016, s. 56). Studien forteller i tillegg at slagpasientene hadde ønske om bedre oppfølging knyttet til psykiske utfordringer etter hjerneslag. Ut ifra våre egne erfaringer rundt at mange vegrer seg for å snakke om psykisk helse og problemer rundt dette, samt resultatene fra Glefjell (2016) sin studie, kan det tyde på at pasientene selv ikke tar det opp og at det dermed kan være vanskelig å se behovet pasientene har for oppfølging.

At psykisk helse ikke blir tatt opp som tema med alle, kan få konsekvenser for pasientene. Som Terrill et al. (2018) beskriver kan psykisk helse påvirke hverdagslivet til pasienter som har gjennomgått et mildt slag. Dette er en pasientgruppe som ifølge Terrill et al. (2018) først og fremst får rehabilitering knyttet til fysisk funksjon, men som kan ha stor nytte av hjelp knyttet til psykisk helse, med tanke på påvirkningen den psykiske helsen kan ha på hverdagslivet. I tillegg forteller Hansen (2018) i sin studie knyttet til rehabilitering i kommune, at psykisk helse burde bli bedre ivaretatt også her. Dette er noe vi potensielt kan se i vår undersøkelse også, knyttet til senfaserehabilitering/polikliniske oppfølging i spesialisthelsetjenesten, da dette er noe de ansatte også påpeker.

En av grunnene til at helsepersonell kan nøle med å ta opp psykisk helse som tema kan, ifølge Terrill et al. (2018), være at de har begrenset med tid. Dette kan sees i tråd med funnene i vår studie, der informantene uttrykker at de ikke får ha ønsket fokus på pasienters psykiske helse på grunn av begrenset tid og ressurser. Dersom de hadde prioritert bort noe de allerede gjør, for å få plass til psykisk helse, kan det tenkes at tilbudet ikke hadde vært tilstrekkelig på andre punkter.

Her kan man se at informantene ønsker å ha større fokus på psykisk helse, men opplever at det de gjør ikke er tilstrekkelig. Med tanke på at Terrill et al. (2018) på den andre siden legger

vekt på viktigheten av oppfølging av psykisk helse, kan vi tenke at det ikke er lagt tilstrekkelig vekt på dette i praksisfeltet. I forhold til kartlegging forteller informantene våre at de ikke har noen rutine for å kartlegge den psykiske helsen til pasientene. Å kartlegge slagpasienters psykiske helse er imidlertid noe Terrill et al. (2018) kommer frem til at burde gjøres aktivt. Dersom pasientenes psykiske helse blir kartlagt, kan dette gi mulighet til å ta tak i eventuelle problemer, slik at dette ikke preger pasientens hverdag i ettertid.

At psykisk helse legges mindre vekt på enn andre utfordringer som oppstår etter hjerneslag, er noe vi ser både i vår undersøkelse og i tidligere forskning (Terrill et al., 2018; Hansen, 2018). På bakgrunn av dette kan det tenkes at psykisk helse blir sett på som mindre viktig enn andre typer utfordringer. Likevel viser både rehabiliteringsperspektivet og ICF til viktigheten av å se hele mennesket i rehabiliteringsprosessen, samt hvordan ulike faktorer påvirker hverandre (Bredland et al., 2011, s. 51, 66). ICF-modellen legger tydelig vekt på at de ulike faktorene påvirker hverandre (Bredland et al., 2011, s. 66). En av faktorene det er snakk om i ICF er helsetilstand, der psykisk helse hører til. At de ulike faktorene påvirker hverandre, gjør at de også påvirker helheten; altså hele mennesket og situasjonen rundt. Dette vil si at psykisk helse også påvirker helheten, noe som kan tyde på at å ha fokus på psykisk helse kan være viktig for rehabiliteringsprosessen og situasjonen slagrammede står i.

Ifølge Bredland et al. (2011) burde det gjøres en helhetlig vurdering ettersom endringer etter hjerneslag kan påvirke tanker, følelser og opplevelser på lik linje som fysisk funksjon. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og behandling ved hjerneslag legger derimot ingen klare retningslinjer rundt psykisk helse, og hvordan dette skal følges opp, annet enn for depresjon og emosjonell labilitet (Helsedirektoratet, 2017). I møte med pasienter med psykiske vansker/utfordringer etter hjerneslag, kan det dermed være fort gjort at fokuset på psykisk helse forsvinner og blir nedprioritert.

Hvordan psykisk helse blir ivaretatt dersom de ser behov for det, er ulikt på de forskjellige arbeidsplassene. Resultatene våre viser at en av arbeidsplassene har psykolog, mens en annen har psykiatrisk sykepleier, og at den siste består av sykepleiere. I tillegg viser resultatene at ingen har direkte ansvar for å fange opp slagpasienters utfordringer knyttet til psykiske helse. Flertallet av våre informanter ønsket å bruke de i teamet med kompetanse på området. I Hansen (2018) kommer det frem, i likhet med våre funn, at de ansatte opplever en mangel på kartlegging av pasienters psykiske helse, men at de anser dette som en jobb for andre enn dem som jobber innenfor rehabiliteringsavdelingene. Det kan hevdes at det ofte blir brukt

ressurser utenfra når man skal ta stilling til kartlegging av pasienters psykiske helse. Samtidig forteller en av våre informanter at ergoterapeuter kan være med på å ta tak i det, ettersom ergoterapeuter har kompetanse knyttet til hvordan psykisk helse påvirker hverdagslivet, samt hvordan deltakelse i aktivitet påvirker den psykiske helsen. Det kan tenkes at økt fokus på psykisk helse kunne vært gunstig da man jobber mot bedring av fysisk funksjon.

## 5.2 Metodediskusjon

Metodediskusjonen vil ta for seg en kritisk refleksjon rundt valgt metode, datainnsamling, utvalg av enheter og analyse av data. Underveis vil vi også reflektere rundt hvordan vi har gått frem i arbeid med oppgaven.

Ut ifra våre erfaringer med temaet har vi gått inn i bachelorprosjektet med en forforståelse om at slagpasienters psykiske helse ikke blir ivaretatt slik den burde. Dette kan ha påvirket hvordan spørsmålene ble formulert, og hvordan informantenes svar ble tolket, samt hva det ble lagt vekt på av det som kom frem i intervjuene. I tillegg kan informantene ha tolket spørsmålene på en annen måte enn tenkt, noe som også kan ha påvirket deres svar på spørsmålene.

Denne studiens problemstilling ønsket å få svar på hvordan psykisk helse ble ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging. Vi valgte derfor å benytte kvalitativ metode. Gjennom å benytte denne metoden kunne vi få frem de ansattes inntrykk og opplevelser rundt hvordan den psykiske helsen ble ivaretatt. For at informantene skulle være komfortable med å dele inntrykk og opplevelser, ble lagt til rette for å skape relasjon mellom intervjuer og informant. I tillegg ville det å bruke denne metoden gi mulighet for å gå i dybden på det aktuelle temaet (Tjora, 2017, s. 114; Jacobsen, 2022, s. 145).

Vi fikk svar fra fire informanter som ønsket å delta i studien. Ulempen med å ha få informanter er at det kan gi resultater som er vanskelig å generalisere, da det er få informanter som blir intervjuet (Jacobsen 2022, s. 143). Det kan være at resultater som kunne ha nyansert oppgaven ikke er innhentet, på grunn av smalt utvalg. To av informantene var fra samme arbeidsplass, som gjør at det er mulig at erfaringene de har er de samme, som gir likt resultat. Samtidig ga det mulighet til å se disse resultatene opp mot hverandre, for å se om de hadde ulike erfaringer.

Ved å gjennomføre individuelle intervjuer, fikk vi være i direkte kontakt med informantene. Dette ga en form for samhandling og relasjon med informantene som ble mer personlig, enn om det hadde blitt benyttet kvantitativ metode med, for eksempel, spørreskjema (Jacobsen, 2022, s. 141, 147). Ifølge Jacobsen (2022) gir intervjuformen også mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål rundt det som er problemstillingen i oppgaven for å få mer relevante resultater. De individuelle intervjuene ga informantenes opplevelse uten påvirkning av andre deltakere, som for eksempel kunne vært tilfelle ved et fokusgruppeintervju (Jacobsen, 2022, s. 163, 178). Å gjennomføre fokusgruppeintervju kunne derimot bidratt til et mer informasjonsrikt intervju, da informantene kunne hatt samtale seg imellom og bidratt i hverandres tankeprosesser (Jacobsen, 2022, s. 177).

Gjennom å foreta individuelle intervjuer kan undersøkelsesopplegget påvirke informantene (Jacobsen, 2022, s. 250, 165). I dette tilfellet er det snakk om både intervjuereffekt og konteksteffekt, hvor informanten blir påvirket av den som holder intervjuet og hvor det blir gjennomført (Jacobsen, 2022, s. 250-252). Etersom vi var to forskjellige intervjuere som gjennomførte hver våre intervjuer kan vi ha påvirket informantene ulikt gjennom kroppsspråk, fremtoning og hvilke oppfølgingsspørsmål vi la vekt på. Dette kan ha påvirket svarene informantene ga oss. Hvor og hvordan intervjuene ble gjennomført, kan også ha påvirket både informantene og intervjueren (Jacobsen 2022, s. 252). Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplasser i håp om at det skulle oppleves betryggende for informantene. I tillegg bestemte informantene tidspunkt for når det passet for dem å gjennomføre intervjuet. Dette kan ha gitt dem tid til å forberede seg slik at de delte gjennomtenkte synspunkt på temaet (Jacobsen, 2022, s. 253).

Etter å ha gjennomført intervjuene oppdaget vi flere ting vi kunne gjort annerledes. Vi kunne kommet raskere i gang med innhenting av informanter, da dette resulterte i at vi gjennomførte intervjuene senere enn planlagt. Intervjuene i denne studien ble holdt av intervjuere uten tidligere erfaring, så det kan tenkes at dette kan ha påvirket resultatene i forhold til nervøsitet, stress og kvalitet. Vi innså i ettertid at vi burde pratet mer sammen i gruppen om hva som menes med de ulike spørsmålene før vi begynte med intervjuene, og i tillegg pratet om i hvilken grad intervjuguiden skulle benyttes under intervjuene. Vi oppdaget i etterkant at spørsmålene kunne vært bedre utformet i forhold til å svare på problemstillingen, og eventuelt kuttet ut noen av spørsmålene da de ikke svarte på det vi var ute etter.

En annen ting er at vi burde hatt bedre tid mellom intervjuene, slik at vi kunne hatt mulighet til å transkribere intervjuene og reflektert rundt hva som var interessant tilknyttet problemstillingen. Dette kunne bidratt til refleksjon rundt hvilke oppfølgingsspørsmål som hadde vært ønskelig å stille for å få flere relevante resultater inn mot problemstillingen. I ettertid ser vi at det hadde vært hensiktsmessig å gjennomføre et prøveintervju for å spisse og forbedre intervjuguiden.

Ved analysing av de transkriberte intervjuene kan det være muligheter for å feiltolke det som har blitt sagt, dette kan tenkes da man ikke får med kroppsspråk og tonalitet inn i det transkriberte materialet. Når man analyserer intervjuet, tolker man de forskjellige settingene og kategoriserer disse. Dette kan være utfordrende da en samtale kan være nyanserik og vanskelig å dele opp i kategorier (Jacobsen 2022, s. 143). Det kan gjøre at man går glipp av relevante resultater, og det er alltid en sjanse for at noe blir oversett (Jacobsen 2022, s. 143). Dette har vi forsøkt å motvirke ved at vi transkriberte ordrett, og kodet og kategoriserte intervjuene sammen som gruppe, noe som kan gi mindre rom for feiltolkning.

Informantene var frivillig med i studien, og man kan tenke at de er motiverte for å oppgi den informasjonen de har, og hvordan de har opplevd dette. Samtidig kan det være mulighet for at man får informasjon av ulik kvalitet. Informantene hadde også ulik erfaring, som vil gi variasjon i resultatene.

Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven har gruppen brukt en felles kalender der vi har planlagt arbeidet fremover i tid. Gruppen har holdt seg til tidsskjema, til tross for at vi har hatt dager der vi ikke har hatt fremgang. For å komme videre etter å ha sittet fast har vi benyttet oss av veiledning fra veileder og andre ressurspersoner. Gruppen har arbeidet med oppgaven fra mandag-fredag, og har hatt fri i helgene. Vi har valgt å møtes fysisk da vi jobber bedre fysisk enn digitalt, men det har vært rom for å delta digitalt om det har vært behov for dette. Dersom det har oppstått noe som gjør at en i gruppen blir fraværende, har vi tatt hensyn til dette. Gruppearbeidet har fungert bra, da begge har bidratt og samarbeidet godt. I tillegg har vi spilt på hverandres styrker for å få fremgang i prosjektet, og tatt avgjørelser i fellesskap.

### 5.3 Relevans for praksis

Temaet i denne bacheloroppgaven er relevant for flere faggrupper da psykisk helse er noe flere har kunnskap om gjennom ulike helsefaglige studier. Med tanke på dette kan oppgavens

resultater potensielt bidra til at man tar en gjennomgang av retningslinjene for hjerneslag, slik at det tydeliggjøres hvem som har ansvaret for fange opp slagpasientenes utfordringer knyttet til psykiske helse. Det trenger nødvendigvis ikke være én faggruppe som skal ha ansvaret, men det kan presiseres at det å ivareta psykisk helse skal være en del av tilbudet uavhengig av om det blir oppdaget et behov for det eller ikke. Om det blir gjort som en rutine hos alle, kan dette bidra til et bedre tilbud som ser fysisk og psykisk helse sammen heller enn hver for seg. I tillegg kan studiens resultater gjøre ansatte innenfor senfaserehabilitering og poliklinisk oppfølging oppmerksomme på at det ikke er noen som tar ansvar for det. Det kan dermed tenkes at terskelen er lavere for å ta ansvar for det, istedenfor å tenke at andre faggrupper burde ta seg av det.

Vi ønsker å belyse hvordan man kan nytte seg av oppgaven videre i praksis, gjennom informantenes uttalelser som kan knyttes til ergoterapi. Ut ifra resultatene våre og tidligere forskning, kan det se ut til at pasientene faller mellom to stoler, da ingen påberoper seg ansvaret for å følge opp slagpasienters psykiske helse. Dette er noe ergoterapeuter kan ta hensyn til i arbeid med slagpasienter, og har mulighet til å ta tak i; da ergoterapeuter er skolert i å se menneskers helse i sammenheng med aktivitet og omgivelser. Det vil derfor være naturlig å tilrettelegge for psykisk helse samtidig som fysisk helse.



## 6.0 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven har vi sett nærmere på hvordan slagpasienters psykiske helse blir ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging. Vår problemstilling var:

“Hvilket inntrykk har de ansatte i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging av slagpasienters psykiske helse, og hvordan opplever de at den psykiske helsen blir ivaretatt?”

Denne studiens resultater tilsier at ansatte har inntrykk av at flertallet har psykiske utfordringer i form av reaksjoner i etterkant av et hjerneslag, men at den psykiske helsen ikke blir fulgt opp og kartlagt tilstrekkelig. Årsaken til dette blir forklart med at det er for lite tid og at det stadig kuttes i ressurser i form av arbeidskraft, og at det derfor må gjøres prioriteringer. Til dette knyttes også ulike forbedringspotensialer. Resultatet i denne studien forteller oss dermed at det er et større behov for ivaretagelse av psykisk helse hos slagpasienter. Resultatene viser også at det ikke er tydeliggjort hvem som egentlig har ansvaret for å ta opp psykisk helse med pasientene. På denne måten blir ansvaret pulverisert, noe som kan gjøre det vanskelig for de ansatte å ivareta psykisk helse ettersom ansvaret ikke er lagt på noen.

Ettersom dette er en kvalitativ studie som omfatter en liten gruppe, kan ikke resultatene generaliseres til å gjelde for hele landet. Resultatene sier noe om hvordan det blir gjort akkurat på de undersøkte plassene. Det oppleves derfor å være behov for mer forskning rundt hvordan slagpasienters psykiske helse blir ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging.

## 7.0 Litteratur

- Bergersen, H., Frøslie, K. F., Sunnerhagen, K. S. & Schanke, A-K. (2010). Anxiety, Depression, and Psychological Well-being 2 to 5 years Poststroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 19(5), 364-369.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305709001347>
- Bredland, E. L., Linge, A. L. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Creek, J. (2014). The knowledge base of occupational therapy. I W. Bryant, J. Fieldhouse & K. Bannigan (Red.), *Creek's Occupational Therapy and Mental Health* (5. utg., s. 27-47). Churchill Livingstone Elsevier.
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5. utg.). SAGE Publications.
- Faber, L. L. (2019). Ergoterapeutisk intervention. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 197-209). Munksgaard.
- Forskrift til rammeplan for ergoterapeut. (2015). *Forskrift til rammeplan for ergoterapeututdanning* (FOR-2005-12-01-1374). Lovdata.  
<https://lovdata.no/forskrift/2005-12-01-1374>
- Gle fjell, T. S. (2016). *Psykiske reaksjoner i etterkant av hjerneslag: En intervjustudie* [Mastergradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet].  
<https://munin.uit.no/handle/10037/11355>
- Gustafson, M. B. (2020). Intervention ved ændret væremåde og emotionelle ændringer. I H. K. Kristensen & A. S. B. Schou (Red.), *Ergoterapi ved kognitive dysfunktioner* (s. 267-296). Munksgaard.
- Hald, L. T. & Kold, P. (2020). Ergoterapeutisk undersøgelse og intervention ved kognitive dysfunktioner generelt. I H. K. Kristensen & A. S. B. Schou (Red.), *Ergoterapi ved kognitive dysfunktioner* (s. 11-45). Munksgaard.

- Hansen, G. V. (2018). Psykisk helse er en utfordring i en samordnet rehabiliteringsprosess. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(2-3), 124-134. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-04>
- Hansen, G. V., Aarøen, K., Gregersen, A., Hansen, M., Løken, T. D., Samuelsen, F. & Tjøstølvsen, I. (2017). *Samarbeid om rehabilitering* (Oppdragsrapport 2017:1). Høgskolen i Østfold. <https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/handle/11250/2427587?show=full>
- Helsedirektoratet. (2017, 27. april 2020). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 15. februar fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Cappelen Damm AS.
- Johannsen, S. & Ulsing, A. (2019). Ergoterapeutisk psykiatrisk rehabilitering og recovery til voksne og eldre. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 313-330). Munksgaard.
- Kielsgaard, K., Madsen, A. J. & L., Skaarup. (2019). Referencerammer og teori i ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 129-149). Munksgaard.
- Nielsen, D. A. (2020). Sygdomme der kan medføre kognitive dysfunksjoner. I H. K. Kristensen & A. S. B. Schou (Red.), *Ergoterapi ved kognitive dysfunksjoner* (s. 145-176). Munksgaard.
- Nymo, A. V., Liaaen, J. M. A., Einbu, G., Lee, D., Norenberg, D. L., Johnson, S. G., Engeset, A., Nygård, S. & Laberg, T. (2017). *Alle skal kunne delta: Ergoterapeuters kjernekompetanse* [Brosjyre]. Ergoterapeutene. <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>
- Peoples, H., Brandt, Å. & Pedersen, U. (2019). Introduktion til ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 25-31). Munksgaard.

- Terrill, A. L., Schwartz, J. K. & Belagaje, S. R. (2018). Best Practices for The Interdisciplinary Rehabilitation Team: A Review of Mental Health Issues in Mild Stroke Survivors. *Stroke Research and Treatment*, 2018.  
<https://doi.org/10.1155/2018/6187328>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal akademisk.
- Wilcock, A. A. & Hocking, C. (2015). *An Occupational Perspective of Health* (3. utg.). Slack Incorporated.
- World Health Organization. (2013, oktober). How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. WHO.  
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/drafticfpracticalmanual2.pdf?sfvrsn=8a214b01\\_4&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/drafticfpracticalmanual2.pdf?sfvrsn=8a214b01_4&download=true)
- Wæhrens, E. E. (2013). Den ergoterapeutiske undersøgelse. I E. E. Wæhrens, A. Winkel & H. S. Jørgensen (Red.), *Neurologi og neurorehabilitering* (2. utg., s. 374-386). Munksgaard.
- Østergaard, L. G., Jørgensen, S. S. & Riis-Djernæs, L. M. (2019). Ergoterapeutisk somatisk rehabilitering til voksne og ældre. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 289-312). Munksgaard.
- Aagaard, M. & Langdal, I. (2019). Centrale begreber inden for ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 111-127). Munksgaard.

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Intervjuguide

#### Intervjuguide for intervju til bacheloroppgaver ved NTNU Gjøvik

##### Innledning

Informasjon	<p>Vi kommer fra NTNU Gjøvik, og vi arbeider med bachelor i ergoterapi.</p> <p>Vi skal skrive en oppgave om temaet psykisk helse og hjerneslag. I den forbindelse skal vi intervjuer ulike faggrupper om hvordan de vektlegger psykisk helse i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging etter hjerneslag. Med psykisk helse i denne sammenhengen mener vi reaksjoner eller ettervirkninger i etterkant av slaget, og ikke psykiatriske diagnoser som også var til stede før hjerneslaget.</p> <p>Takk for at du er villig til å stille opp!</p> <p>Til info: Selve intervjuet tar ca 1 time, det blir gjort lydopptak av intervjuet. Lydopptaket vil bli slettet etter endt datainnsamling. Det vi skriver, kan ikke tilbakeføres til deg, da all informasjon du oppgir blir anonymisert og vi har taushetsplikt.</p> <p>Er det noe som er uklart som du ønsker å avklare før vi starter intervjuet?</p>
Introduksjon av oppgaven	<p>Start opptak</p> <p>Kort presentasjon av hver enkelt</p> <p>Hensikt: Oppgavens hensikt er å få mer innsikt i, og kunnskap om hvordan psykisk helse vektlegges i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging.</p>

##### Hoveddel

Nr.	Tema	Intervjuspørsmål	Stikkord/oppfølgingsspørsmål
-----	------	------------------	------------------------------

<b>Innledende spørsmål</b>			
1	Generell oppfølging	Hvilken oppfølging får slagpasienter tilbud om hos dere?	Dags- eller ukesopphold? Ny kartlegging? Kognitiv/fysisk trening? Andre ting?
2	Tanker rundt tilbudet	Hva er dine tanker rundt tilbudet pasientene får?	Positivt/negativt? Forbedringspotensialer?
3	Pasienters mulighet for tilbakemelding	Har pasientene mulighet til å komme med tilbakemelding på tilbudet de har fått/benyttet seg av?	Hvordan? Nett/muntlig? Hvordan er responsen fra pasientene?
<b>Tematiske spørsmål</b>			
4	Inntrykk av psykisk helse	Hvilket inntrykk har du av den psykiske helsen til personer som har hatt hjerneslag?	Hvor mange opplever du bærer preg av psykiske plager etter hjerneslag? Hvilke psykiske plager er det snakk om?
5	Vektleggelse av psykisk helse	Hvordan vektlegger dere psykisk helse i møte med pasienter?	Blir det satt av tid til samtale om/oppfølging av psykisk helse? Eller blir det først tatt tak i når pasienten uttrykker vansker med psykisk helse selv? Undervisning i gruppe om temaet?
6	Informasjon til pasientene	Hvilken informasjon får pasientene angående psykisk helsehjelp/oppfølging?	Er dette lett tilgjengelig for pasientene? (internett, brosjyre osv)
7	Oppfølging for dem som sliter psykisk	Gir dere oppfølging til pasienter med psykiske vansker etter hjerneslag?	Hvilken oppfølging får slagpasienter som sliter med psykisk uhelse?

			Ved mistanke om forverring eller større psykiske plager, hvor henvises pasientene?
8	Egne tanker om oppfølging	Er det noe du skulle ønske dere kunne ta tak i/gjøre, men som rammene/kompetansen ikke tillater i forhold til oppfølging av psykisk helse?	Ev. Hva?
<b>Oppsummerende spørsmål</b>			
9	Manglende spørsmål?	Er det noe mer du kunne tenkt deg å fortelle rundt det vi nå har snakket om, som vi ikke har spurt deg om?	

#### Avslutning

10	Takk for at du har deltatt i dette intervjuet, og at du ønsker å bidra i vår bacheloroppgave!		
	Skru av diktafon		

## 8.2 Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

### Vil du delta i forskningsprosjektet “**Psykisk helse etter hjerneslag**”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å samle informasjon om hvilket fokus det er på psykisk helse etter hjerneslag. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Vi er en gruppe ergoterapistuderenter ved NTNU Gjøvik som skal skrive vår Bacheloroppgave våren 2023. Vi vil med dette invitere deg til å delta som informant i vår studie. Formålet med studien er å samle erfaringer rundt ulike faggruppers praksis knyttet til psykisk helse og hjerneslag. Vår problemstilling er “Hvordan blir psykisk helse ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging etter hjerneslag?”. Informasjonen vi får fra deg gjennom intervjuet vil brukes i vår Bacheloroppgave og muligens til en publikasjon i tidsskriftet Ergoterapeuten i etterkant av innlevert Bacheloroppgave.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Ergoterapeututdanningen ved NTNU Gjøvik er ansvarlig for studien og førsteamanuensis Linda Stigen er prosjektansvarlig for studien.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får invitasjon om å delta i denne studien ettersom du jobber som ansatt i spesialisthelsetjenesten.

- og har blitt anbefalt av tidligere praksisveileder for student ved NTNU Gjøvik.
- tidligere hatt rolle som praksisveileder for studenter ved NTNU Gjøvik.
- har blitt anbefalt av kolleger å kontaktes.
- har blitt anbefalt av medstudenter å kontaktes.

Vi tenker derfor at du har erfaringer og kunnskap som vi og andre kan lære av og håper at du kunne tenke deg å delta som informant i vår studie.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Deltakelse i studien vil innebære at vi kommer til deg på din arbeidsplass og gjennomfører et individuelt intervju på ca. 1 time hvor fokuset er på dine erfaringer med hvilket fokus psykisk helse får i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging. Det vil bli gjort lydopptak under



intervjuet og dette vil bli transkribert ordrett i etterkant, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at hverken du eller din arbeidsplass vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil kun være studentene Kjersti Aksnes Bjørkedal og Anne Hjelm, veileder Marte Ørud Lindstad og prosjektansvarlig Linda Stigen ved NTNU Gjøvik som vil ha tilgang til dine opplysninger.
- Ditt navn og dine kontaktopplysninger vil erstattes med fiktive navn i transkripsjonen og dine personopplysninger vil oppbevares i en liste som er adskilt fra de øvrige dataene. Alt materiale, bortsett fra ditt navn og kontaktopplysninger, vil oppbevares på en ekstern, passordbeskyttet enhet.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.08.23. Opptak fra intervjuet vil slettes når intervjuet er transkribert og ved prosjektslutt vil alle personopplysninger om deg slettes.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Gjøvik, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student; Kjersti Aksnes Bjørkedal, epost: [kjerstak@ntnu.no](mailto:kjerstak@ntnu.no) , telefon: 41656114
- Student; Anne Hjelm, epost: [annehje@ntnu.no](mailto:annehje@ntnu.no), telefon: 94866639
- NTNU Gjøvik ved Linda Stigen, epost: [linda.stigen@ntnu.no](mailto:linda.stigen@ntnu.no) , telefon: 93223019
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, epost: [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no), telefon: 93079038
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Linda Stigen

Prosjektansvarlig

Marte Ørud Lindstad

Veileder

Kjersti Aksnes Bjørkedal

Anne Hjelm

Studenter

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “Psykisk helse etter hjerneslag”, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i: individuelt intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15.08.23

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## 8.3 Godkjenning fra NSD



[Meldeskjema](#) / [Bacheloroppgaver i ergoterapi](#) / Vurdering

### Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

168055

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

06.02.2023

**Prosjekttittel**

Bacheloroppgaver i ergoterapi

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

**Prosjektansvarlig**

Linda Stigen

**Student**

ukjent

**Prosjektperiode**

15.02.2023 - 15.08.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.08.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar****BAKGRUNN**

Denne tilbakemeldingen gjelder en samlet vurdering av bacheloroppgaver. Denne vurderingen gjelder for studentoppgaver som følger retningslinjene som gis i denne tilbakemeldingen fra personverntjenester. Prosjekter som ikke følger de gitte retningslinjene må meldes inn på eget meldeskjema.

**PERSONVERN TJENESTER SIN VURDERING**

Prosjektansvarlig har ansvar for hvert enkelt prosjekt som omfattes av denne innmeldingen. Prosjektene skal gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom prosjektansvarlig og personverntjenester.

Dette betyr at studentene kan starte med datainnsamlingen.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfylder kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Prosjektansvarlig må forsikre seg om at studentene sletter rådata i forbindelse med innlevering/sensur av oppgavene. Det bør legges opp til at studentene bekrefter dette skriftlig til prosjektansvarlig når det er gjort, før prosjektansvarlig rapporterer om status for behandlingen av personopplysninger til personverntjenester.

Kontaktperson: Markus Celiussen

Lykke til med prosjektene!

## 8.4 PICO-skjema

### 8.4.1 Strukturert søk

Inkluderingskriterier	Forskning mellom 2010-2023 Europa, USA, Canada, Storbritannia, Irland, Australia og New Zealand Peer reviewed Språk: Engelsk- eller norskspråkling
Ekskluderingskriterier	Forskning før 2010 Asia og Afrika Ikke peer reviewed Annet språk

P: Patient/ population	I: (Phenomenon of) Interest 1	I: (Phenomenon of) Interest 2	Co: Context	Database	Antall treff	Artikkel
Stroke	Mental health	Mental health issues	Stroke rehabilitation	Cinahl	13	Terrill, A. L., Schwartz, J. K., Belagaje, S. R. (2018). <i>Best Practices for The Interdisciplinary Rehabilitation Team: A Review of Mental Health Issues in Mild Stroke Survivors. Stroke Research and Treatment</i> , 2018. <a href="https://doi.org/10.1155/2018/6187328">https://doi.org/10.1155/2018/6187328</a>

## 8.4.2 Ustrukturert søk

Søkeord	Database	Resultater
stroke AND mental health AND psychological well-being	Google Scholar	Bergersen, H., Frøslie, K. F., Sunnerhagen, K. S. & Schanke, A-K. (2010). Anxiety, Depression, and Psychological Well-being 2 to 5 years Poststroke. <i>Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases</i> , 19(5), 364-369. <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305709001347">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305709001347</a>
Psykisk helse AND Brukermedvirkning AND Rehabilitering  Avgrensning år: 2012- 2023	Google Scholar	Hansen, G. V. (2018). Psykisk helse er en utfordring i en samordnet rehabiliteringsprosess. <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i> , 15(2-3), 124-134. <a href="https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-04">https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-04</a>
ergoterapeuter AND aktivitet AND psykiske helse OR psykiske reaksjoner AND hjerneslag  Avgrensning år: 2012- 2023	Google Scholar	Glefjell, T. S. (2016). Psykiske reaksjoner i etterkant av hjerneslag: En intervjustudie [Mastergradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. <a href="https://munin.uit.no/handle/10037/11355">https://munin.uit.no/handle/10037/11355</a>

