

Oscar Mørch Rogstad

## Depresjon hos hjerneslagpasienter

«Hvordan kan sykepleiere tidlig identifisere og forebygge depresjon hos pasienter med hjerneslag?»

Hovedoppgave i sykepleien  
Veileder: Siri Ødegaard Fossum  
Mai 2023



Oscar Mørch Rogstad

## **Depresjon hos hjerneslagpasienter**

«Hvordan kan sykepleiere tidlig identifisere og forebygge depresjon hos pasienter med hjerneslag?»

Hovedoppgave i sykepleien  
Veileder: Siri Ødegaard Fossum  
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



Tittel:	Depresjon hos hjerneslagpasienter		Dato : 15.05.23
Forfattere:	Oscar Mørch Rogstad		
Veileder(e):	Siri Ødegaard Fossum		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Hjerneslag, sykepleier, depresjon og sykehus.		
Antall sider/ord: 7603	Antall vedlegg:	0	
<p><b>Bakgrunn:</b> Bakgrunnen for valget av dette temaet bygger på egne erfaringer innen helsevesenet og ønske om mer informasjon rundt dette. Hjerneslag er en sykdom som har økt og kommer til å øke de neste årene. Fra 1990 til 2019 ble det registrert at antall tilfeller hadde økt med 70 %. Depresjon er et symptom som ofte blir oversett av helsepersonell. I Norge forekommer det 15 000 – 16 000 nye tilfeller av hjerneslag hvert år.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med denne oppgaven er å få helsepersonell til å bli mer bevisste over pasientens psykososiale reaksjoner og behov etter et hjerneslag.</p> <p><b>Metode:</b> Det er benyttet litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen. Det er drøftet ut ifra funn fra de fem inkluderte forskningsartiklene. I tillegg er det anvendt relevant teori fra pensum og annen sykepleiefaglig litteratur.</p> <p><b>Resultat:</b> Helhetlig menneskesyn er viktig for å kunne utøve god sykepleie. Depresjon er en konsekvens som ofte forekommer hos hjerneslagpasienter. Ved hjelp av kartleggingsverktøy kan sykepleiere tidligere identifisere om pasienten er på vei til, eller har utviklet en depresjon som følge av et hjerneslag. Det er en stor påkjenning for den fysiske og psykiske helsen og enhver pasient vil oppleve og håndtere dette ulikt. Tidlig identifisering av symptomer på depresjon er sentralt for videre rehabilitering og behandling.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Kartleggingsverktøy er hensiktsmessig på veien mot å oppdage depresjon og depressive symptomer hos hjerneslagpasienter. Det er symptomer som ofte overses av ulike grunner. En god relasjon, både mellom helsepersonell og pårørende, kan ha stor innvirkning på hvordan pasienten håndterer sin situasjon. Sykepleiere trenger å rette mer søkelys på det psykiske og emosjonelle, i tillegg til de fysiske symptomene. Opprettelse av retningslinjer som kan bidra med dette hadde gjort det enklere for sykepleiere å utføre.</p>			

Title:	Depression in stroke patients		Date : 15.05.23
Authors:	Oscar Mørch Rogstad		
Supervisor(s)	Siri Ødegaard Fossum		
Keywords (3-5)	Stroke, nurse, depression and hospital.		
Number of pages/words:32/ 7603	Number of appendix:	0	
<p><b>Background:</b> The background for choosing this topic is based on my own experiences within the healthcare system and the desire for more information about this. Stroke is a disease that has increased and will increase in the coming years. From 1990 to 2019, it was recorded that the number of cases had increased by 70%. Depression is a symptom that is often overlooked by healthcare professionals. In Norway, 15 000 – 16 000 new cases of stroke occur each year.</p> <p><b>Aim:</b> The purpose of this task is to make healthcare personnel more aware of the patient's psychosocial reactions and needs after a stroke.</p> <p><b>Method:</b> A literature study has been used as a method to answer the problem. It has been discussed based on findings from the five included research articles. In addition, relevant theory from the syllabus and other nursing literature has been applied.</p> <p><b>Results:</b> A holistic view of people is important to be able to practice good nursing. Depression is a consequence that often occurs in stroke patients. Using mapping tools, nurses can identify earlier whether the patient is on the way to, or has developed, depression as a result of a stroke. It is a great strain on physical and mental health and every patient will experience and deal with this differently. Early identification of symptoms of depression is central to further rehabilitation and treatment.</p> <p><b>Conclusion:</b> Mapping tools are appropriate on the way to detecting depression and depressive symptoms in stroke patients. There are symptoms that are often overlooked for various reasons. A good relationship, both between healthcare personnel and relatives, can have a major impact on how the patient handles his situation. Nurses need to focus more on the psychological and emotional, in addition to the physical symptoms. Creation of guidelines that can help with this would have made it easier for nurses to carry out.</p>			

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	5
1.3 Avgrensning .....	6
1.4 Begrepsavklaring .....	6
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>7</b>
2.1 Hva er hjerneslag? .....	7
2.1.1 Årsaker til hjerneslag .....	7
2.1.2 Symptomer på hjerneslag .....	7
2.1.3 Behandling av hjerneslag .....	8
2.1.4 Komplikasjoner ved hjerneslag.....	8
2.2 Pasientens psykiske helse etter hjerneslag .....	9
2.2.1 Depresjon .....	9
2.2.2 Angst .....	10
2.2.3 Angst og depresjon .....	10
2.3 Omsorgsteori.....	11
2.4 Hensikt .....	11
2.5 Problemstilling .....	11
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>12</b>
3.1 Hva er metode?.....	12
3.2 Valg av metode .....	12
3.3 Forskningsetiske overveielser og kildekritikk .....	12
3.4 Analyse .....	13
3.4.1 Søkehistorikk .....	15
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>16</b>
4.1 Artikkel 1: Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital. ....	16
4.2 Artikkel 2: Å leve med depresjon.....	18
4.3 Artikkel 3: Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection .....	18
4.4 Artikkel 4: Properties of the Early Symptom Measurement of Post-Stroke Depression: Concurrent Criterion Validity and Cutoff Scores. ....	19
4.5 Artikkel 5: Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. ....	21
4.6 Bacheloroppgavens sammenfattende resultat.....	22
4.6.1 Møte med sykepleieren .....	23
4.6.2 Utvikling av sykepleiers kompetanse.....	24
4.6.3 Kartleggingsverktøy .....	24
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>25</b>
5.1 Relasjon i sykepleie .....	25
5.1.1 Sorg eller depresjon? .....	26
5.1.2 Håp .....	27

5.2 Kartleggingsverktøy.....	27
5.3 Sykepleierens kompetanse.....	28
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>30</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>31</b>



## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om hvordan sykepleiere kan bidra til å oppdage depresjon hos pasienter med hjerneslag. Grunnen til at jeg har valgt akkurat dette temaet er min arbeidsbakgrunn på medisinsk sengepost, som blant annet har en slagenhet. Her har jeg jobbet i to år og fått god erfaring innen temaet. Det er en interessant pasientgruppe å jobbe med og mange hensyn å ta. Observasjoner jeg har gjort er blant annet at det er lite eller ingen kartlegging over depresjon på slagenheten.

I studien «Global Burden of Disease (GBD)» kommer det frem at det er en økning i antall hjerneslag. På verdensbasis ble det registrert hjerneslag hos 12,2 millioner mennesker i 2019. Som følge av eldrebølgen vil det bli flere eldre som lever med hjerneslag. På globalt nivå er hjerneslag dødsårsak nummer to. Studien viser at antall hjerneslag har økt med 70 % fra 1990 til 2019, hvor av de fleste er under 70 år. Lavinntektsland har vært markante i økningen av antall hjerneslag på verdensbasis sammenliknet med høyinntektsland. Sammenliknet med andre land har Norge vist en nedgang i antall hjerneslag. I 2020 hadde Norge ca. 12 000 antall tilfeller av hjerneslag (Knudsen et al., 2017).

### 1.2 Sykepleiefaglig relevans

Jeg anser at denne oppgaven er av stor sykepleiefaglig relevans, da det ofte er sykepleiere som er i kontakt med denne pasientgruppen. Det å ha et helhetlig menneskesyn og se både det psykiske og fysiske hos mennesket vil være en god egenskap å ta med seg videre i arbeidet som sykepleier. Depresjon forekommer hos 20-40% av pasientene som rammes av hjerneslag. Depresjon kan bidra til å redusere pasientens rehabiliteringspotensiale og er blant det mest oversette problemet ved hjerneslag. Pasienten bør derfor vurderes nøye de første månedene etter et gjennomgått hjerneslag og behandlingen består av både medikamentell og ikke-medikamentell behandling (Norge Helsedirektoratet Avdeling for forebyggende, 2010).

### 1.3 Avgrensning

Avgrensningen i denne oppgaven er satt til å omhandle depresjon hos pasienter med hjerneslag. På denne måten får jeg utdype meg innenfor et tema og få med det jeg ønsker. Søkelyset vil være rettet mot sykepleierens rolle til å forebygge depresjon hos hjerneslags pasienter. Denne oppgaven omhandler personer som har eller er på vei til å utvikle en depresjon som konsekvens av et hjerneslag.

### 1.4 Begrepsavklaring

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

**Hjerneslag:** «En plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død» (Helsedirektoratet 2010). (Almås et al., 2016).

**Depresjon:** Depresjon kan inndeles i tre kategorier: Mild, moderat og alvorlig depresjon. Ordet depresjon kommer fra latin og betyr nedrykking. Depresjon omhandler sinnsstemningen, et syndrom eller egen sykdomsgruppe. Depresjon er en subjektiv opplevelse (Hummelvoll and Dahl, 1997).

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Hva er hjerneslag?

Hjerneslag, også kalt apoplexia cerebri, betegnes som en plutselig skade på hjernevevet. Dette skyldes at blodtilførselen opphører til et spesifikt område i hjernen. Det finnes to hovedårsaker til at dette skjer, enten som følge av en hjerneblødning eller på grunn av et hjerneinfarkt. Ved hjerneblødning er det blodkar som sprekker spontant intracerebralt og ved hjerneinfarkt blir oksygentilførselen til hjernen via blodbanen hindret av en blodpropp. Hjernevevet er svært sårbart for forandring av oksygentilførsel i hjernen fra blodbanen. Hjernevev kan dermed dø når denne skaden skjer og når hjerneceller i et område av hjernen dør, vil funksjoner som kontrolleres av dette området, gå tapt. I 85% av tilfellene skyldes hjerneslaget et hjerneinfarkt. De resterende 15 % er forårsaket av hjerneblødning. I Norge oppstår det 15 000 – 16 000 nye tilfeller av hjerneslag hvert år. Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken, etterfulgt av hjertesykdom og kreft (Ørn and Bach-Gansmo, 2016).

#### 2.1.1 Årsaker til hjerneslag

Det finnes flere patofysiologiske årsaker til hjerneslag. Hovedårsaken som utgjør 50% av tilfellene er aterosklerose i de store arteriene som går til hjernen. Underliggende årsaker kan være kardioembolisme som atrieflimmer, endokarditt og medfødt hjertefeil. Hypertensjon, migrene, stoffmisbruk, diabetes, røyking og inaktivitet er andre årsaker som kan føre til utvikling av hjerneslag. To av de vanligste årsakene til hjerneblødning er ubehandlet høyt blodtrykk over tid og bruk av blodfortynnende (Ørn and Bach-Gansmo, 2016).

#### 2.1.2 Symptomer på hjerneslag

Symptomene avhenger av størrelsen på blødningen eller infarkt og i hvilken del av hjernen som rammes. Dersom sirkulasjonen normaliseres innen noen minutter og symptomene går tilbake, kalles det for transitorisk iskemisk anfall (TIA). Typiske symptomer som kjennetegner et hjerneslag er; lammelser, språkforstyrrelser (afasi), tap av hudfølelse, talevansker (dysiatri), dobbeltsyn og svimmelhet. Felles for disse symptomene er at de kan komme fort og uten forvarsel (Ørn and Bach-Gansmo, 2016). Symptomene gir ulike utfall, avhengig av hvilken del av hjernen som rammes. Venstre del av hjernen kontrollerer høyre side av kroppen. Høyre del av hjernen kontrollerer venstre side av kroppen. Hver del av hjernen har

ulike funksjoner som påvirker hvilke symptomer pasienten vil oppleve å få. Venstre del av hjernen kontrollerer lesing, tale, forståelse og skriving. Høyre del av hjernen kontrollerer følsomhet for berøring, smerte og temperatur. Når denne delen blir påvirket kan det være vanskelig å orientere seg og pasienten kan oppleve endret atferd i form av å handle impulsivt og raskt. Bevegelse, syn og følelser er kontrollert på begge sider av hjernen (Landsforeningen for, 2008).

### 2.1.3 Behandling av hjerneslag

Det finnes både medikamentell og ikke medikamentell behandling for hjerneslag. Ved medikamentell behandling snakker man ofte om akutt behandling. Det er viktig å komme i gang med riktig behandling så raskt som mulig etter at man har funnet ut av om hjerneslaget skyldes et infarkt eller en blødning. Ved et infarkt vil pasienten bli satt på trombolytisk behandling. Pasienten vil ofte få oksygentilførsel via maske for å hindre oksygenmangel til hjernen på bakgrunn av at blodtilførselen allerede er stanset til spesifikke deler av hjernen (Ørn and Bach-Gansmo, 2016). Det har skjedd store fremskritt for behandling av hjerneslag de siste årene. I tillegg til intravenøst trombolytisk behandling, har det i de siste årene blitt vanlig med mekanisk fjerning av blodpropper (Trombektomi), som foregår i de intrakranielle blodårene (Næss, 2017).

Rehabilitering på slagenhet er et alternativ for ikke medikamentell behandling. I Norge finnes det omkring 300 senger på slagenhet, men behovet er nærmere 500 plasser. På disse slagenhetene er det tverrfaglig ekspertise som sikrer en helhetlig behandling i akuttfasen og videre målrettet rehabilitering. Det som er felles for disse er at de vektlegger tverrfaglig diagnostisering, observasjon av basale funksjoner, funksjonsnivå, systematisk forebygging av komplikasjoner, nevrologiske utfall og målrettet mobilisering og gjenopptrening (Kirkevold et al., 2014).

### 2.1.4 Komplikasjoner ved hjerneslag

I løpet av det første året etter et hjerneslag vil en tredjedel gjenvinne full eller tilnærmet full funksjon. En tredjedel vil ha en varig funksjonshemming som vil påvirke dagliglivets aktiviteter og den siste tredjedelen vil dø. Tall i senere tid viser at omtrent under 25% vil dø det første året etter et hjerneslag. Hjerneslag gir forskjellige funksjonsutfall avhengig av hvor

i hjernen skaden inntreffer. Det har også en del å si om hjerneslaget skyldes blødning eller infarkt. De mest typiske funksjonsutfallene er halvsidig lammelse, svelgevansker, følelsetap, språkvansker talevansker, synsutfall, svekket balanse, redusert korttidshukommelse, mentale funksjoner og blære- og tarmforstyrrelser (Norge Helsedirektoratet Avdeling for forebyggende, 2010).

## 2.2 Pasientens psykiske helse etter hjerneslag

### 2.2.1 Depresjon

De vanligste kjennetegnene på depresjon er når en person har en følelse av å være verdiløs, utrøstelig trist og ingen håp for fremtiden. Andre symptomer som kan kjennetegne en depresjon er nedsatt appetitt, søvnforstyrrelser, nedstemthet, lite energi, manglende interesse og glede, samt lett for å bli forstoppet. Avhengig av symptomene, skilles det mellom mild, moderat og dyp depresjon. En depressiv episode er når en tidligere frisk person utvikler en depressiv tilstand. Noen vil oppleve denne tilstanden flere ganger og det betegnes da som en depressiv lidelse. Andre opplever det bare den ene gangen (Skårderud et al., 2018).

Depresjon kan ofte ses i sammenheng med en sorgreaksjon som pasienten går igjennom. Noen ganger kan depresjonen være organisk betinget. Hos omtrent 30-50% av slagpasienter forekommer depresjon. Dette kan føre til at potensiale for rehabilitering blir nedsatt. Depresjon kan komme i alle deler av sykdomsforløpet og man må derfor ikke utelukke at pasienter som har kommet hjem fra rehabilitering kan oppleve en depresjon som kan ha påvirkning på hvordan han omfavner seg den nye livsstilen sin. For noen kan det være nødvendig å ta i bruk antidepressive medikamenter (Almås et al., 2016).

For pasienter som opplever hjerneslag kan det føre til psykiske forandringer hos pasienten. Dette skyldes dels hjerneskadene og dels den situasjonen pasienten har opplevd. Hjerneslag vil for mange oppleves som katastrofalt. Både for pasienten og for de nærmeste pårørende. I starten kan det være vanskelig å forstå hva som har skjedd, og hvilke konsekvenser det vil få. Pasientene er i en situasjon der de kan oppleve seg selv som hjelpeløs og være avhengig av andre. Mange pasienter opplever angst, depresjon, fortvilelse og forvirring. De har ofte

svært begrenset kapasitet og har i denne perioden nok med å mestre egen situasjon for øyeblikket. Allerede i akutfasen starter opptrening og rehabilitering. Pasienten kan komme seg i ulik grad. De vil også oppleve begrensinger som konsekvens etter hjerneslag. De innser at de må leve med sin funksjonshemming. Mange opplever raskt å bli deprimerte. Dette kan ofte ses på som en del av en normal sorgreaksjon. De vil trenge hjelp og støtte for å håndtere sin nye livssituasjon. Depresjon kan føre til nedsatt livskvalitet (Almås et al., 2016).

Depresjon og kronisk somatisk sykdom kan opptre samtidig. Sammenhengen mellom depresjon og kronisk somatisk sykdom, som hjerneslag er velkjent. Eldre med kardiovaskulær sykdom er mer utsatt for depresjon. Pasienter med kardiovaskulær sykdom er også mer utsatt for å utvikle vaskulær demens. Depresjon er derfor knyttet til økt dødelighet. Hos eldre pasienter på sykehjem har ca. 40% symptomer på depresjon (Kirkevold et al., 2014).

### 2.2.2 Angst

Skillet mellom depresjon og angst er ofte veldig vagt. Følelsene som vi kjenner på, ofte daglig som sinne, glede, nysgjerrighet, tristhet, misunnelse, skyld, skam og sjalusi kan forbindes med angst. Mellommenneskelig kontakt reguleres ut ifra angst. Angst regulerer følelsene før de kommer til et punkt der de blir til et spesifikt uttrykk via kommunikasjon som andre kan besvare (Skårderud et al., 2018).

### 2.2.3 Angst og depresjon

Som nevnt tidligere vil én av tre slagpasienter utvikle en depresjon i løpet av det første året etter hjerneslaget. Poststroke- depresjon og angst er alvorlige konsekvenser som kan føre til at pasienten ikke evner å delta i rehabiliteringen og gir en økt risiko for dødelighet og lavere funksjonsbedring (Kirkevold et al., 2014). Det er sykepleierens oppgave å identifisere pasienter som har behov for behandling mot angst og depresjon. Det er også vanlig for hjerneslagpasienter å ha angst for å få et nytt hjerneslag. For å kunne identifisere disse lidelsene på en best mulig måte er det viktig at sykepleiere bruker gode hjelpeverktøy, som for eksempel Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (Kirkevold et al., 2014).

## 2.3 Omsorgsteori

Kari Martinsen beskriver omsorg ved at vi knytter bånd sammen og inngår en relasjon. Det å knytte bånd sammen, har med avhengighet å gjøre. Gjennom avhengighetsforhold vil mennesker utvikle sin selvstendighet. Relasjoner og avhengighet er grunnleggende i menneskers liv. Tillit er sentralt for sykepleierens omsorg. Mennesker står alltid i et dilemma mellom åpenhet og beskyttelse i sosiale relasjoner. Når pasienten viser tillit til sykepleier, må en vise seg verdig å motta. På den måten kan pasienten våge å legge frem noen av sine problemer. Sykepleiere må derfor være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon og være oppriktig interessert i den andre (Martinsen, 2005). «Hvis min interesse oppleves som uekte, vil mistillit vekkes» (Martinsen, 2005) s. 145.

## 2.4 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke forebyggende tiltak mot depresjon hos pasienter som har gjennomgått et hjerneslag. Jeg vil tilegne meg mer kunnskap om reaksjoner og depresjon hos disse pasientene. Et mål med oppgaven er å få helsepersonell til å bli mer bevisste på pasientens psykososiale reaksjoner og behov etter et hjerneslag. Særlig da søkelys på depressive symptomer og depresjon. Leseren skal få mer forståelse for hvordan helsepersonell kan ivareta pasientens psykososiale behov tidlig i forløpet. Oppgaven kan bidra til å gjøre helsepersonell mer bevisste på depresjon som en konsekvens i pasientens tidlige forløp av hjerneslag.

## 2.5 Problemstilling

Problemstillingen til denne oppgaven er som følger:

***«Hvordan kan sykepleiere tidlig identifisere og forebygge depresjon hos pasienter med hjerneslag?»***

## 3.0 Metode

### 3.1 Hva er metode?

«Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann and Thidemann, 2019) s. 75. I metodedelen av oppgaven vil jeg beskrive hvordan jeg har gått frem. Den skal være presis formulert, slik at andre kan kunne etterprøve det jeg har kommet frem til og havne til samme konklusjon (Thidemann and Thidemann, 2019).

### 3.2 Valg av metode

Metoden som anvendes i denne oppgaven er litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie der man tilegner seg systematisk kunnskap fra skriftlige kilder, søker og finner forskning som brukes for å begrunne problemstillingen. Ved å systematisere på denne måten, samler man inn litteratur, er kritisk til litteraturen og til slutt sammenfatter det hele. Ved å ta i bruk denne metoden finner man kunnskap som kan drøftes opp mot problemstillingen (Thidemann and Thidemann, 2019). Forskningsartikler og lærebøker som allerede eksisterer er gunstig å bruke for å finne svar på en problemstilling ved en slik studie. Det er derfor nødvendig å finne rikelig med informasjon og forskning for valgt tema. Hensikten vil være å gi leserne en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør (Thidemann and Thidemann, 2019).

### 3.3 Forskningsetiske overveielser og kildekritikk

Kildekritikk innebærer det å vurdere og karakterisere litteraturen som er funnet. Det skal gjøres rede for hvilke kriterier som er fulgt under utvelgelsen av litteraturen. I forbindelse med problemstillingen er det viktig og se hvilken relevans litteraturen har for oppgaven. Hensikten med kildekritikk og forskningsetiske overveielser er at leseren skal ta del i refleksjonene som er blitt gjort (Dalland and Keeping, 2020).

Ved en vurdering av kildens troverdighet er jeg kritisk til hensikten artikkelen har, hvilken utdanning forfatteren har, studietype og hva som er formålet med teksten. Dette er med på å vurdere kildens gyldighet som belyser kvaliteten av den. I søket etter forskningsartikler



tenker jeg hele tiden på relevansen og hvilken måte den belyser min problemstilling (Dalland and Keeping, 2020). Det første jeg ser etter i søket etter forskningsartikler er om artikkelen er oppbygd med IMRaD-struktur. De fleste forskere tar i bruk denne strukturen når de skriver sine forskningsartikler (Dalland and Keeping, 2020).

Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier er med på å konkretisere søket etter forskningsartikler på en mer hensiktsmessig måte. Resultatet vil da bli mer presist. Jeg har valgt å ha med disse kriteriene;

#### Inklusjonskriterier

- Omhandler hjerneslag.
- Omhandler depresjon under eller etter hjerneslag.
- Hjerneslags pasienter i akutfasen til ett år etter debut.

#### Eksklusjonskriterier

- Medikamentell behandling av hjerneslag.
- Forskning eldre enn 10 år.
- Pasienter som har dødd av hjerneslag.

### 3.4 Analyse

Når jeg søker etter litteratur finner jeg informasjon om temaet jeg har valgt som er beskrevet fra før, nettopp hjerneslag. For å danne et grunnlag for videre søk velger jeg å bruke ordet hjerneslag som et hovedord. Jeg fyller inn mine søkeord i ett PICO-skjema og får dermed en god oversikt over hvilke søkeord jeg kan bruke i databaser. Senere blir PICO skjemaet snevret inn til PIO, da C kolonnen ikke blir brukt. Jeg hadde flere nøkkelbegreper som ikke ble brukt, blant annet trombolyse, hjerneblødning og slagsykepleier.

Analyse betyr å dele opp i mindre deler. Det er viktig å dele opp arbeidet. Jeg benytter meg av seks trinn i arbeidet med analysen, dette for å få en systematisk litteraturstudie. Samtlige av forskningsartiklene som blir benyttet er godkjent i etisk komite eller det har blitt gjort overveielser. Ifølge Forsberg og Wengström er det essensielt viktig at artiklene i den systematiske litteraturstudien er godkjent (Forsberg and Wengström, 2015).

**Trinn 1:** Her skimleser jeg innholdet i forskningsartikler. Påser at det blir brukt IMRad-struktur og vurderer om innholdet er relevant og interessant for min oppgave. Irrelevante artikler forkaster jeg.

**Trinn 2:** De artiklene jeg har vurdert som relevante og av interesse, leser jeg nøye, reflektert og kritisk. Det vesentlige jeg leter etter er det som er relevant for min problemstilling. Det er resultatdelen som er spesielt interessant å lese igjennom nøye.

**Trinn 3:** Her vurderer jeg kritisk artiklene sin kvalitet.

**Trinn 4:** Analyserer og tolker resultatet/funn fra artiklene. I denne delen har jeg alltid problemstillingen min foran meg. Dette for at analysearbeidet skal bli lettere for meg. Et analysearbeid starterter med at man må tenke igjennom; «Hva er hensikten med å lese tekstene?» (Thidemann and Thidemann, 2019) s. 92.

**Trinn 5:** Utarbeider en litteratormatrise kladd. Et godt hjelpemiddel for å sammenstille artiklene jeg har funnet.

**Trinn 6:** Sammenfatte resultatene og presenterer dem i oppgavens resultat kapittel.

Jeg har benyttet meg av to databaser. Cinhal, der jeg har valgt èn artikkel og PubMed hvor jeg har valgt fire artikler. Jeg har også brukt sykepleien.no for å finne fagfellevurderte artikler som inspirasjon.

P (pasient/ Problem)	I (intervensjon)	O (Outcome)
Stroke* Depression* Brain stroke Apoplexia cerebri Thrombolysis stroke Hospitale	Nurse* Rehabilitation Stroke nurs	Stroke* Nurse* Depression* Rehabilitasjon*
Slag Depresjon Hjerneslag Hjerneblødning Trombolyse sykehus	Sykepleier Rehabilitering Slagsykepleier	Slag Sykepleier Depresjon Reabillitering

Fra tabellen over ser man en oversikt over søkeord som er oversatt og utført på både engelsk og norsk. Søkeordene jeg har benyttet meg av er; slag (Stroke\*), depresjon (Depression\*), sykepleier (Nurse\*). Jeg anvender de tre søkeordene og søker med «AND». Når jeg bruker «AND» blir søket mitt avgrenset.

### 3.4.1 Søkeshistorikk

#### Søk i Cinahl 17.04.2023

I Cinahl har jeg valgt å bruke norske søkeord. Dette med ønske om å anvende en spesifikk artikkel. «Å leve med depresjon». Søket er derfor spisset frem til den.

SØKEORD	DATABASE	ANTALL TREFF	Antall lest	Antall brukt
1. Hjerneslag	Cinahl	15		
2. Depresjon	Cinahl	13		
3. S1 AND S2	Cinahl	2	2	1

### Søk i PubMed 16.04.2023

I søket fra PubMed har jeg bevisst valgt nøkkelordet «Hospital». Dette får å få frem artikler som svarer til min problemstilling. I tillegg har jeg lagt inn en avgrensning med år fra 2013-2023. Jeg endre opp med 85 artikler. Jeg leste raskt igjennom titler. De som var relevante, leste jeg igjennom sammendraget på. Jeg leste flere artikler nøye, der jeg valgte å bruke to av dem.

SØKEORD	DATABASE	ANTALL TREFF	Antall lest	Antall brukt
S1. Stroke	PubMed	428 630		
S2. Depression	PubMed	607 480		
S3. Nurse	PubMed	429 679		
S4. Hospital	PubMed	6 658 786		
S5. S1 AND S2 AND S3 AND S4	PubMed	120		
S6. S5 med avgrensning 2013-2023	PubMed	85	14	4

## 4.0 Resultat

### 4.1 Artikkel 1: Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital.

(Funnet i PubMed) 16.04.2023

(Van Dijk et al., 2018)

Målet til studiet er å utforske kartlegging av depresjon etter hjerneslag i en tidlig fase på sykehus. Det kommer frem at depresjon etter hjerneslag er vanlig, og har tidlig innvirkning for pasientens rehabilitering. Retningslinjer for hjerneslag anbefaler tidlig screening og behandling for depresjon. I sykepleiepraksis forblir depressive symptomer ikke gjenkjent eller ofte ikke gjort noe med. For å forbedre sykepleietiltak ble det utviklet «Post-Stroke Depression Toolkit» på slagenheten. Dette kartleggingsverktøyet skulle forbedre

sykepleierens intervensjon for tidlig håndtering av depressive symptomer etter et hjerneslag for bruk på sykehus. Metoden som ble benyttet blir forklart som en blandet metode før- og etter studie. Det ble samlet inn data i tre faser: Pre- implementering, implementeringsfasen og bærekrafts fasen.

Kartleggingsmetoden som ble benyttet på sykehus består av tre komponenter: To kartleggingsverktøy, syv evidensbaserte sykepleietiltak og en bruksanvisning. Hver pasient ble screenet av en sykepleier den fjerde dagen etter sykehusinnleggelse ved bruk av et av kartleggingsverktøyene. Hos pasienter som hadde tilstedeværelse av kommunikasjon ble «Prediction Scale (DePreS)» brukt. Hos pasienter uten tilstedeværelse av kommunikasjon ble «Signs og Depression Scale (SODS)» benyttet.

I Studiet ble 775 pasienter kartlagt for utvikling av tidlig depresjon etter hjerneslag. Implanteringen av verktøyet for depresjon etter hjerneslag i løpet av implementeringsfasen resulterte i en økning i depresjonsscreening på 72,9%. Flere pasienter (11,1%) mottok sykepleietiltak. Under bærekrafts fasen ble screening for depresjon redusert med 16,3%. Kartleggingsmetoden og verktøysettet ble vurdert til å være akseptert. Det resulterte i at sykepleiere tidlig oppdaget depressive symptomer hos de slagrammede. En økning på sykepleietiltak rettet mot depresjon førte til økt livskvalitet hos pasientene. Studiet understreker at økt involvering av alle medlemmer i det tverrfaglige temaet med bruk av kartleggingsmetoden vil forbedre bruken. Den strukturelle screeningen for depressive symptomer og igangsetting av sykepleietiltak ved positiv screening økte.

Det ble i tillegg utført intervjuer av sykepleiere på avdelingene som benyttet seg av kartleggingsmetoden. Dette ble gjort i slutten av implementeringsfasen. For sykepleierne ble det lettere å oppdage tidlig depresjon hos pasientene. De ga uttrykk for at de likte metoden. De ga også uttrykk for at metoden var utfordrende med tanke på at metoden ikke var inkludert i pasientens journalsystemer. De ønsket også at metoden burde bli en del av deres rutiner.

## 4.2 Artikkel 2: Å leve med depresjon.

(Kouwenhoven and Kirkevold, 2013)

Forskningsartikkelen har en kvalitativ metode. Det utføres gjentakende dybdeintervjuer på deltakere som er deprimerte slagrammede. Fra akutfasen til 18 måneder etter hjerneslaget. Studien har som bakgrunn at depresjon har stor utbredelse etter påvist hjerneslag. Det kommer frem at depressive symptomer og konsekvenser etter hjerneslaget er vanskelig å skille, siden de er så vevd sammen. Depressive symptomer etter slag kan være en sorgreaksjon. Faktorer som livssituasjon, grad av nedsatt funksjon og sosialt nettverk vil påvirke hvordan depresjonen endrer seg over tid. Det er særlig to grupper som stiller seg som mest sårbare. Eldre som lever alene og yngre med forpliktelser i forhold til arbeid, økonomi, familieliv og barn. Det presiseres i studiet viktigheten av sykepleierens kunnskap om depressive symptomer. Det er viktig at sykepleiere kan gjenkjenne depressive symptomer tidlig i akutfasen slik at de kan ta tidlig tak i pasientens depresjon.

## 4.3 Artikkel 3: Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection

(Lightbody et al., 2007)

Målet med denne artikkelen er å se hvordan to kartleggingsverktøy kan oppdage depresjon hos pasienter som nylig har fått hjerneslag. De to verktøyene som blir administrert av sykepleiere er: «Mental State-underøkelsen» og «Montgomery-Asberg Depresjon Rating Scale». Metoden er en tverrsnitts pilotstudie som skal sammenligne de to verktøyene nevnt over. Verktøyene for å oppdage tidlig depresjon tas form i to kliniske intervjuer av slagpasienter.

Bakgrunnen for studiet er at sykepleiere er i tett kontakt med slagpasienter på sykehus. Sykepleierne bruker mye av tiden sin på omsorg. Det blir rapportert at mange pasienter viser tegn til tidlig depresjon. Dette er assosiert med en negativ effekt på restitusjon og rehabilitering. For slagpasienter med kommunikasjon- og kognitive vansker, er det spesielt vanskelig å oppdage tidlig depresjon. Tidlig oppdagelse og sykepleietiltak kan hjelpe dem tidlig i akutfasen. Behandling er tilgjengelig for å hjelpe til med å håndtere depresjon.

I studiet ble totalt 28 pasienter inkludert som var innlagt på sykehus. Psykiater diagnostiserte 7 pasienter med depresjon. De to kartleggingsverktøyene viste seg å være like effektive til å oppdage depresjon hos pasienter som nylig har hatt hjerneslag. Det kommer frem at «Montgomery-Asberg Depression Rating Scale» er raskere for sykepleiere å administrere. Den blir derfor anbefalt å være nyttig ovenfor sykepleiere klinisk sett.

#### 4.4 Artikkel 4: Properties of the Early Symptom Measurement of Post-Stroke Depression: Concurrent Criterion Validity and Cutoff Scores.

(Li et al., 2020)

Studien er en tverrsnitts studie som tok i bruk pasienter med hjerneslag som nylig hadde blitt innlagt på et sykehus i Kina. Studien inkluderte pasienter som var 18 år eller eldre, både mannlige og kvinnelige pasienter, totalt 139 pasienter med hjerneslag i tidlig stadium tok del i studiet. På tidspunktet disse ble intervjuet var de mellom 7 og 30 dager etter hjerneslaget. Det var bare de med mild eller moderat hjerneslag som fikk være med i studie. De med alvorlig eller kritisk hjerneslag, afasi, oppmerksomhetssvikt, psykisk lidelse eller kognitiv svekkelse, ble ekskludert.

Denne studien tar for seg kliniske problemer i forbindelse med vurdering, oppdaging og håndtering av PSD de første 30 dagene etter et hjerneslag. Skillet mellom PSD og alvorlig depresjon påvirker vurderingen av tidlig stadium av PSD. Hos pasienter med tidlig stadium av depresjon vil man ofte se vegetativ tilstand og svekket sosiale ferdigheter. På den andre siden vil ofte pasienter med alvorlig depresjon være preget av en tilstand med depriment humør, langsom tenkning og mindre aktivitet. Gjennomsnittsalderen var 64,24 år. Gjennomsnittlig antall dager etter gjennomgått slag var 11,99. Det var flest menn som deltok (64,7%). 85,6% var gift, 92,8% bodde med familie og 71,9% hadde fullført en utdanning på mellom 6 og 16 år. Bare 20,1% var pensjonist.

Studien refererer til tidlig stadium av post-slagdepresjon (PSD) som oppstår innen de første 30 dagene etter et hjerneslag, som er maksimal tid for symptomdebut. Forskning viser at utvikling av symptomer på tidlig PSD oppstår hos mer enn en tredjedel av sykehuspasienter.

Denne formen for komplikasjoner etter et hjerneslag er en av de alvorligste. Risikoen for å utvikle en alvorlig depresjon 6 måneder etter hjerneslag øker ved tidlig symptomer på PSD. Risikoen for funksjonshemming og død ved selvmord er så høy som 70-90% ved mild til moderat hjerneslag. Ved PSD er sykighets- og dødelighetsrisikoen lik eller høyere.

Post-slagdepresjon kan bidra til å hindre pasienten i rehabiliteringsfasen av tale- og motoriske funksjoner. Ønsket og lysten om å ta del i det sosiale og i rehabiliteringen kan være vanskelig med PSD. Risikoen for tilbakefall av hjerneslag øker ved PSD selv om pasienten bruker antidepressive medisiner. Pasienter som opplever tidlig PSD har høyere risiko for å utvikle kronisk depresjon. I et retrospektiv studie kom det frem at 68,7% med kronisk PSD hadde tidlige symptomer på PSD. Det har vist seg å være en sammenheng mellom hjerneslagrelatert dødelighet ved 12 og 24 måneder og tidlig stadium PSD ved 6 og 12 måneder. Sannsynligvis vil ikke pasienter med tidlig PSD få effektiv vurdering og behandling, til tross for funnene. Grunnen til dette er mangelen på screeningsverktøy som skal oppdage tidlige symptomer på PSD.

Det antas at sykepleiere i mange tilfeller har mer søkelys på de fysiske symptomene fremfor de psykiske. Studier viser at pasienter som befinner seg i den akutte fasen kan ha ustabile følelser og kan dermed få en feil vurdering som ikke er stabil eller tilregnelig. Sykepleiere som er trygge på behandlingen under akutt post-slaget vil i flere tilfeller bare behandle det fysiske og kanskje glemme å se etter symptomer på det psykiske hos den slagrammede. Tilgjengeligheten på tjenester innen psykiatri er ofte ikke tilstrekkelig, og de får derfor ikke dette tilbudet. Det går ut ifra at tidlige symptomer på PSD hos pasienter med akutt hjerneslag er mindre klinisk viktig og har en ubetydelig risiko for dødelighet og alvorlig sykighet. Studier viser at risikoen for PSD og alvorlig depresjon etter 6 måneder kan reduseres ved oppdagelse av tidlige symptomer på PSD.



## 4.5 Artikkel 5: Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers.

(McCurley et al., 2019)

Forskningen er en kvalitativ metode med intervjuer av 24 slagpasienter på sykehus. Det ble opprettet to fokusgrupper med 15 sykepleiere. Interjuvet av deltakerne besto av 8 målrettede spørsmål: (1) nåværende funksjon, (2) mest utfordrende og plagsomme opplevelser, (3) påvirkning av slaget, (4) mestring av hjerneslag, (5) støtteressurser, (6) resiliens (motstandsdyktighet), (7) foretrukket struktur for intervensjonen, (8) hindring av deltakelse. Intervjuets innhold ble laget et sykepleieteam og tre kliniske psykologer.

Deltakerne i forskningen var enige i at det å starte sykepleietiltak ved sykehusinnleggelse for å så fortsette med direkte video etter utskrivning er i ideell leveringsmodalitet.

Overlevende av hjerneslag, omsorgspersoner og nevrologiske sykepleiere mener at tiltak med tidlige sykepleietiltak er viktig for å hindre kronisk emosjonell lidelse.

Resultatet i forskningen viser til utfordringer og virkningene etter et hjerneslag. Det ble rapportert om at pasientene opplevde usikkerhet over fremtidens helse, frykt for tilbakevendende hjerneslag, rolleendringer etter hjerneslag og negative følelser.

Sykepleieperspektivet kommer godt frem i studien. Sykepleierne var enige om at tiltak rettet mot oppmerksomhet og fokusering på nåtid, problemløsning, optimisme, takknemlighet, mellommenneskelig kommunikasjon og utvikling av støttende team av familie, venner og helsepersonell er fordelaktig for å optimalisere rehabiliteringen.

Sykepleiere i studiet foreslo å lære pasienter og familier viktigheten av å sette søkelys på nåværende øyeblikk og dagene, i stedet for å hele tiden vurdere om pasienten blir bedre. *«Det faktum at de ikke er bedre med en gang betyr ikke at ting har feilet»*. Sykepleierne trekker frem viktigheten av å ta tak i vanskeligheten forbundet med å komme seg etter hjerneslaget. Utfordringer pasienter og omsorgspersoner vil møte når de prøver å gå tilbake til hvordan livet var før hjerneslaget. *«Folk blir overveldet...Vil de få noen av disse underskuddene tilbake igjen? Hva vil fremtiden bringe...hvis du kan gi folk små mengder informasjon, i stedet for mye å behandle, er det sannsynligvis nyttig»*. Flere sykepleiere

mente at en intervensjon burde ta for seg viktigheten av egenomsorg og overføring av omsorgsansvar fra det medisinske personalet til pårørende etter utskrivningen.

Denne kvalitative studien går et skritt mot utvikling av gjennomførbare, tilgjengelige og pasientsentrerte tiltak for utsatte hjerneslagpasienter og deres omsorgspersoner. Med hensikt om å forebygge kronisk psykososial lidelse hos både pasienten og omsorgsperson(ene). Psykososiale intervensjoner ble tidlig administrert i rehabiliteringsfasen på sykehus etter hjerneslaget, gjennom kombinasjon av personlige intervjuer og videoøkter. Det er potensiale til å dramatisk forbedre både den fysiske og psykiske rehabiliteringen til hjerneslagpasienter.

#### 4.6 Bacheloroppgavens sammenfattende resultat

Hjerneslag oppstår uten forvarsel og fører ofte til ødeleggende og livstruende konsekvenser. Sykdommen kan føre til død, endret livssituasjon og alvorlig nedsatt funksjonshemming. Opplevelsen kan føre til ekstreme følelsesmessige plager for både pasienten og omsorgspersonen(e). Det er fremskritt innenfor medisinsk endovaskulær- og nevrologisk behandling. Dette har drastisk forbedret det fysiske i rehabiliteringsfasen for hjerneslagpasienter. Forskingen ønsker å presisere behovet for å ta tak i det psykososiale spekteret pasienten sitter igjen med etter et hjerneslag. Både for pasienten og omsorgspersonen(e). Forsking har vist at mange hjerneslagpasienter rapporterer om en klinisk betydelig bedring av følelsesmessig lidelse ved sykehusinnleggelse. I form av depresjon, angst og posttraumatisk stress syndrom (PTSD). Ved sammenligning av pårørende er forekomsten av psykososiale lidelser, høy. Disse symptomene har også en tendens til å forbli kroniske hos pårørende. Dette henger sammen mellom pasienter og pårørende. Det betyr at høyere plager hos en pasient generelt er assosiert med høyere plager hos pårørende (McCurley et al., 2019).

Hvert år er det omtrent 15 millioner mennesker over hele verden som overlever hjerneslag. Med bakgrunn i forbedring av akuttbehandlingen av hjerneslag og antall mennesker som lever lenger, antas det at antall hjerneslagpasienter sannsynligvis kommer til å øke i fremtiden. Det vil med det være sannsynlig at flere overlever med fysiske og psykiske

konsekvenser etter hjerneslaget. Innleggelsen av pasienter med hjerneslag er høy. Det kan være utfordrende å få til et møte mellom pasient og psykiater. Ved bruk av tverrfaglig informasjon kan en klinisk diagnose settes ved hjelp av en psykiater (Lightbody et al., 2007).

Den vanligste nevropsykiatriske konsekvensen av hjerneslag regnes å være depresjon, en rekke studier har dokumentert den skadelige effekten det har på fysisk utvinning, livskvalitet og dødelighet. Til tross for dette ser det ut til at depresjon etter hjerneslag ofte forblir uoppdaget, mulig på grunn av mangel på bevis av hvor effektiv behandlingen er. Nye og effektive behandlinger for hjerneslagpasienter, som for eksempel motiverende intervjuer, gjør det mulig å oppdage depresjon tidlig. Sykepleiere har en avgjørende rolle i å oppdage, forebygge og håndtere depresjonen etter et hjerneslag.

#### 4.6.1 Møte med sykepleieren

Sykepleiere møter og dekker pasientens ulike funksjoner som fortolkende, støttende, integrerende og bevarende funksjoner. Det kan bli utfordrende å ivareta disse funksjonene når den slagrammede opplever en livssituasjon preget av angst, forvirring og fortvilelse (Almås et al., 2016). Det kommer godt frem i teori og funn i artiklene at sykepleieren har en sentral rolle i møte med hjerneslagpasienter. Sykepleiere er en viktig ressurs for pasienten til å forebygge tidlig depresjon. Et viktig hjelpemiddel sykepleiere har i tidlig oppdagelse og forebygging mot angst og depresjon, er støttende samtaler. Det skilles mellom flere former:

*Den alminnelige samtalen:* Dagligdagse samtaler. Likeverdige deltakere. Sykepleieren fungerer som en katalysator. Samtaler mellom pasient og besøkende, familiemedlemmer eller medpasienter.

*Den lindrende samtalen:* Lindre psykiske smerter. Gjøres ved å fastsette tidspunkt i nær fremtid for en mer utdypende samtale. Dette for å se om pasienten kan slå seg til ro.

*Den bekreftende samtalen:* Pasienten snakker fritt om hva som helst. Får bekreftelser på sine opplevelser og sin situasjon. En slik samtale har til hensikt at pasienten kan rapportere om sine problemer eller opplevelser.

(Kirkevold et al., 2014)

#### 4.6.2 Utvikling av sykepleiers kompetanse

Fra studiene kommer det frem at sykepleierens kunnskap og bruk av kartleggingsverktøy for å identifisere tidlig depresjon hos hjerneslagpasienter må forbedres. Funn fra analysedelen viser at depresjon etter hjerneslag er vanlig, og har tidlig innvirkning for pasientens rehabilitering (Van Dijk et al., 2018). Viktigheten av at sykepleiere kjenner igjen depressive symptomer i akutfasen, gjør at sykepleiere kan ta tak i pasientens depresjon tidlig (Kouwenhoven and Kirkevold, 2013). Kunnskapen og tilgjengeligheten for tjenester innen psykiatri på slagenheten er ikke tilstrekkelig. Mange pasienter får ikke dette tilbudet eller hjelp av en psykiater (Li et al., 2020).

#### 4.6.3 Kartleggingsverktøy

Kartleggingsverktøyet «post-Stroke Depression» ble utviklet for å forbedre sykepleietiltak på slagenheten på sykehus. Tidlig sykepleier intervensjon skulle oppdage depressive symptomer. Sykepleierne var fornøyd med metoden og syntes det nå hadde blitt enklere å oppdage tidlig depresjon. De skulle dermed ønske at metoden var en del av en fast rutine og inkludert i journalsystemet (Van Dijk et al., 2018). Pasienter får ofte ikke tidlig behandling for depresjon. Det mangler et godt kartleggingsverktøy som er etablert på slagenheter. Tidlig depresjon (PSD) blir derfor ofte ikke fanget opp tidlig (Li et al., 2020).

Et alternativ for å tidlig identifisere pasienter med depresjon er å ta i bruk et validert kartleggingsverktøy. Det er mangel på pålitelige og gyldige kartleggingsverktøy i praksis. Det bidrar til å gjøre oppdagelsen av depresjon etter hjerneslag vanskelig. Sykepleiere trenger å ha tilgjengelig et kort klinisk kartleggingsverktøy. Det trengs sykepleiere som er opplært til å bruke verktøyet. Det vil gjøre god bruk av ressurser uten å overbelaste sykepleierne (Lightbody et al., 2007).

Det er mange hensyn å ta ved kartlegging av depresjonssymptomer hos en slagrammet. En inkluderende strategi er at alle depressive symptomer teller uansett om det er relatert til den somatiske lidelsen eller ikke. I studien «Å leve med depresjon etter hjerneslag» benytter de seg av kartleggingsverktøyet «Beck Depression Inventory II (BDI)». Det kommer frem at det ikke finnes noen gullstandard for kartlegging av depresjon. I Norges nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefales det jevnlig

kartlegging av depresjonssymptomer etter hjerneslag. Kartleggingsverktøyene som blir fremhevet er MADRS, HADS og GDS. Personer som har afasi sekveler, ses MADRS som mest gunstig. Ingen av kartleggingsverktøyene er utviklet for pasienter med hjerneslag. De må derfor suppleres med samtaler om hvordan den slagrammede opplever erfaringer rundt sine symptomer (Kouwenhoven and Kirkevold, 2013).

## 5.0 Drøfting

I dette avsnittet drøftes relevant teori og hovedfunn fra artiklene med hensikt om å svare på oppgavens problemstilling «*På hvilken måte kan sykepleier tidlig identifisere og forebygge depresjon hos pasienter med hjerneslag?*». Alle funn er relevante for å besvare problemstillingen til denne oppgaven. Under drøftingen er det noen artikler som vil bli referert til mer enn andre, ettersom de er mer aktuelle for problemstillingen.

Felles for de forskningsartiklene jeg har valgt å ta i bruk, er at kartleggingen av depresjon må skje tidlig og på sykehuset. De ser også et sterkt behov for å ta i bruk kartleggingsverktøy mer enn det blir gjort fra før for å tidlig kunne identifisere tegn og symptomer på tidlig depresjon.

Jeg velger å presentere diskusjonen på følgende måte:

- Relasjon i sykepleie
- Kartleggingsverktøy
- Sykepleierens kompetanse

### 5.1 Relasjon i sykepleie

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.»*

(Travelbee and Thorbjørnsen, 1999) S. 29.

En viktig oppgave sykepleiere har ovenfor pasienter som nylig har fått hjerneslag, er å hjelpe pasienten med å finne mening i sykdom og lidelse. I noen tilfeller ved hjerneslag handler det ikke om å gjenvinne helse, siden dette ikke alltid er mulig. Det handler om å oppnå best mulig helse på høyest mulig nivå. En slagutsatt pasient vil alltid ha egne holdninger og følelser overfor sykdommen. Dersom sykepleiere skal kunne hjelpe hjerneslagpasienter, er det nødvendig at sykepleieren setter seg inn i hvordan vedkommende selv oppfatter sin egen sykdom. Det kan bli vanskelig å hjelpe den syke til å meste sykdom og lidelse eller finne mening i disse erfaringene, hvis en sykepleier ikke vet hvordan pasienten selv stiller seg til sykdommen (Travelbee and Thorbjørnsen, 1999). Mangel på aksept ovenfor egen sykdom og funksjonsnedsettelse kan føre til depresjon. En «ikke bry seg holdning» og mangel på akseptert sykdom kan føre til store konsekvenser i form av depresjon, angst, frykt og selvmedlidenhet. Det skyldes ofte at pasienten ikke finner mening i egen sykdom. Informasjon er derfor sentralt, slik at pasienten forstår at hen ikke er alene om dette. En sykepleier vet ikke hva som kan ligge bak pasientens atferd, før det er tatt opp med pasienten og får bekreftet eller avkreftet sine antakelser (Travelbee and Thorbjørnsen, 1999).

Sykepleieren må være bevisst på at deres fremtreden kan forme likeverd og ivaretagelse av pasientens autonomi. Det kommer frem i artiklene at hjerneslagpasienter erfarer tap, traumer, angst og frykten for isolering av det å være avhengig av hjelp med grunnleggende behov. Sykepleiers holdning kan og bør motvirke disse opplevelsene som pasientene erfarer. Sykepleierens posisjon kan oppfattes autorisert der pasienten kan føle avmakt. «Gjennom den tone yrkesutøveren med sin holdning setter på relasjonen, blir den andre gjort avmaktløs» (Martinsen, 2005). s. 145.

#### 5.1.1 Sorg eller depresjon?

Jo mer sårbar pasienten er, desto mindre skal det til av påkjenninger for å utløse en psykisk reaksjon. Endret funksjonsnivå og behandlingstiltak gjør at pasienten mer eller mindre blir fysisk avhengig av helsepersonell (Stubberud et al., 2019). Pasienter som opplever hjerneslag kan ha en opplevelse av tap av ulik grad. Avhengig av hvor stor skaden er og hvor slaget har rammet. Fra studien «Depresjon etter hjerneslag» kommer det frem at «*Depressive symptomer etter slag kan være en sorgreaksjon*» (Kouwenhoven and Kirkevold, 2013).

Depresjon kan ofte være knyttet til det man har mistet. En kan føle tap over det man ikke lenger har. De kan oppleve å være avhengig av hjelp fra helsepersonell, oppleve endringer på funksjoner og utseende kan forandre seg. For mange kan dette oppleves som skremmende og deprimerende (Kristoffersen, 2016). Pasienter kan sitte igjen med utfordringer etter et hjerneslag. De kan oppleve negative følelser, frykt for nytt slag og usikkerhet for fremtidens helse (McCurley et al., 2019). Mennesker reagerer og vil oppleve situasjoner ulikt. Reaksjoner på livskriser vil derfor være individuelt. Sykepleiere må derfor være opptatt av at pasienter kan få uttrykt sine følelser i tidlig stadiet, slik at pasienten ikke sitter igjen alene med all frustrasjon og sorg alene. De kan føle på et savn, og ha en sorg for at livet har blitt forandret (Kristoffersen, 2016).

### 5.1.2 Håp

Som sykepleier er det viktig å se hele pasienten. Pasienter stiller ofte spørsmål rundt de fysiske plager og konsekvenser av sykdommen, fremfor det psykiske. Det er viktig å sette søkelys på det positive fremfor det negative. Den profesjonelle sykepleierens rolle er å hjelpe de syke menneskene til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse. Sykepleiere opprettholder håp når de viser at de er tilgjengelig og er villig til å hjelpe. Det å være tilgjengelig og villig til å lytte til pasientens bekymringer eller frykt for depresjon er sentralt og viktig (Travelbee and Thorbjørnsen, 1999).

Sykepleiere ser viktigheten av å se på nåværende øyeblikk. «Det faktum at de ikke er bedre med en gang betyr ikke at ting har feilet». Sykepleietiltak som er rettet mot nåtid, optimisme og takknemlighet retter rehabiliteringen mot håp. Utvikling av mellommenneskelig kommunikasjon og utvikling av støtende team rundt den slagrammede er viktig (McCurley et al., 2019).

## 5.2 Kartleggingsverktøy

Fra studiet «Å leve med depresjon etter hjerneslag», kommer det frem at det ikke finnes kartleggingsverktøy for depressive symptomer utviklet for slagrammede. Et hjerneslag medfører endringer i mange av kroppens funksjoner. Sensorisk, motorisk, kognitiv og emosjonelt sett. Kartleggingsskjemaet NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) er innført på alle slagenheter i Norge (Kirkevold et al., 2014). Det er bra at det er et nasjonalt

kartleggings skjema som blir administrert i samarbeid mellom lege og sykepleier. Skjemat dekker i hovedsak de fysiske konsekvensene. For å kartlegge de psykososiale forholdene må det suppleres med flere kartleggingsverktøy. Barthel index, depresjon (MADRS eller HADS) er eksempler på kartleggingsverktøy som kan tas i bruk. Sykepleiere møter pasientene gjennom hele døgnet. De er svært sentrale og observerer pasienten i mange ulike situasjoner og gjøremål. Tidlig oppdagelse av depressive symptomer i akutfasen er avgjørende for pasientens behandlings- og opptreningsbehov (Kirkevold et al., 2014).

Det kommer frem i studiene at bruk av kartleggingsverktøy for depressive symptomer er svært viktig. Viktigheten kommer frem for å bedre pasientenes rehabilitering og forløp. Bruken av kartleggingsverktøy fører til at sykepleiere lettere oppdager tidlig depresjon hos hjerneslagpasienter. Ved bruk av kartleggingsverktøy vil man oppdage depresjon og depressive symptomer. Den måten kan iverksette tiltak tidligere, før konsekvensene blir for store. Sykepleierne i studiene presiserer at de ønsker kartleggingsverktøy integrert i deres rutiner. De opplevde det krevende at helsepersonell ikke hadde kompetanse eller ferdigheter til å bruke kartleggingsverktøy optimalt. En tilrettelegging ved bruk av fast kartleggingsverktøy, samt opplæring, vil kunne føre til at flere pasienter med depresjon blir oppdaget (Van Dijk et al., 2018).

### 5.3 Sykepleierens kompetanse

Kompetanse kan defineres slik; «*En persons kunnskap, ferdigheter og holdninger, og hvordan disse brukes i samspill*» (Stubberud et al., 2019). s. 51. For å kunne utføre profesjonell omsorg ifølge Martinsen. «*Må sykepleiere ha kunnskap om hvordan sykdom, skade og forandret funksjon påvirker pasientens livssituasjon, og hvordan pasienten kan lære å mestre situasjonen*» (Stubberud et al., 2019) s. 51. Det understrekes at sykepleiere er pasientens stedfortreder. Det kreves derfor kunnskap om pasienten. Sykepleiere er nødt til å forstå og vurdere pasientens reaksjoner og atferd i et helhetlig perspektiv. For sykepleiere vil alltid kravene for kompetanse endres over tid. Dette fordi forholdene som påvirker menneskers atferd og helse stadig er i forandring. Sykepleiere er dermed aldri ferdig utdannet. De må holde seg faglig oppdaterte gjennom hele sin periode som yrkesaktiv. En konsekvens ved manglende kompetanse er skade av pasienten (Stubberud et al., 2019). At det er behov for



Økt kompetanse for sykepleiere belyser mine funn. Sykepleiere har ansvar for å holde seg faglig oppdatert over utvikling på eget fagfelt og forskning. Sykepleieren som utøver pleie er selv ansvarlig for at egen yrkesutøvelse er juridisk, etisk forsvarlig og faglig (Norsk Sykepleieforbund, 2019).

Sykepleiere ses på som en sentral og viktig del av det tverrfaglige behandlingsteamet. Sykepleiere er til stedet for pasienten gjennom hele døgnet. Dermed er sykepleierens kompetanse å observere pasientens vitale funksjoner og ivareta de grunnleggende behovene avgjørende når det kommer til pasientens behandlingsresultat.

Sykepleieprosessen som benyttes som arbeidsmetode, består av problemformulering med søkelys på konsekvenser for pasientens grunnleggende behov, datasamling, ivaretagelse av tiltak, klinisk vurdering og evaluering av disse. Det er også sykepleieren som har den koordinerende rollen i teamet. Ansvar for pasientens rehabiliteringsplan og står for kontakten med pårørende og kommunehelsetjenesten. Rehabiliteringen for pasienter med hjerneslag starter allerede i akutfasen ved sykehusinnleggelse (Almås et al., 2016).

Fra funn gjort i analysen kommer det godt frem at det er behov for mer kompetanse, oppmerksomhet og rutiner for pasienter med depressive symptomer etter hjerneslag. Konsekvensen av at dette ikke blir gjort er at depresjon forblir underdiagnostisert (Li et al., 2020), (Van Dijk et al., 2018), (Li et al., 2020).

## 6.0 Konklusjon

«Et trygt og godt miljø rundt den slagrammede i rehabiliteringsfasen er oppbyggende for psykisk helse. Det er viktig å kartlegge, og om mulig redusere, medvirkende årsaker til depresjon, som smerter og sosial isolasjon.» (Norge Helsedirektoratet Avdeling for forebyggende, 2010). Rehabiliteringen starter i akutfasen når pasienten blir innlagt på sykehus, og deles videre inn i subakutte faser (Almås et al., 2016). Ved rehabiliteringen under sykehusinnleggelse er det psykososiale behovet et viktig aspekt. Dette underbygges av støtte, motivasjon og en god relasjon med sykepleieren. Behandlingen i akutfasen har derfor stor betydning for konsekvensene som kan oppstå.

Hensikten med denne oppgaven var å se på hvordan sykepleiere kan tidlig identifisere og forebygge depresjon hos pasienter med hjerneslag. Det er relativt vanlig å utvikle en depresjon etter et gjennomgått hjerneslag. Sykepleierens rolle er svært viktig og vil ha en sentral rolle som støttespiller for pasienten gjennom denne tiden. Det er derfor avgjørende at de skaper gjensidig tillitt til hverandre for å oppnå best mulig resultat.

Gjennom litteratursøket mitt kommer det godt frem at det er behov for mer forskning. Det er behov for økt kunnskap om depresjon for pasienter som nylig har gjennomgått hjerneslag. Det viser seg at depresjon ofte er underdiagnostisert og underbehandlet. Det kommer også frem at behovet er stort for kartleggingsverktøy sykepleiere kan og burde benytte for å identifisere tidlig depresjon.

Avslutningsvis vil jeg konkludere med at det for sykepleiere er behov for økt kunnskap og klinisk kompetanse. For å oppdage tidlig depresjon hos hjerneslagpasienter, må sykepleiere være bevisste på lidelsen, ved bruk av kartleggingsverktøy, undervisning og samtaler med pasienten. På arbeidsplassen er det behov for å bli påminnet, samt få god opplæring rundt observasjon av tidlig depresjon. Det må være ønskelig å ha mer fokus på depresjon for hjerneslagpasienter. Det er vanskelig å oppdage, og fokuset er ofte rettet på den fysiske rehabiliteringen. Det er derfor behov for å opprette retningslinjer som hjelper sykepleiere til å være bevisste og oppmerksomme rundt symptomer på depresjon i sammenheng med hjerneslag.

## Litteraturliste

(Aadal et al., 2018)

- ALMÅS, H., STUBBERUD, D.-G., GRØNSETH, R. & TOVERUD, K. C. 2016. Klinisk sykepleie : 2. In: ABRADOLF (ed.) 5. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk.
- DALLAND, O. & KEEPING, D. 2020. *Metode og oppgaveskriving*, Oslo, Gyldendal.
- FORSBERG, C. & WENGSTRÖM, Y. 2015. *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm, Natur & kultur.
- HUMMELVOLL, J. K. & DAHL, T. E. 1997. *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie*, Oslo, Ad notam Gyldendal.
- KIRKEVOLD, M., BRODTKORB, K. & RANHOFF, A. H. 2014. *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- KNUDSEN, A. K., VOLLSET, S. E., TOLLÅNES, M. C., HAALAND, A., KINGE, J. M., SKIRBEKK, V. & FOLKEHELSEINSTITUTTET SENTER FOR, S. 2017. Sykdomsbyrde i Norge 2015 : resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015). *Disease Burden in Norway 2015 results from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)*. Oslo: Folkehelseinstituttet, Senter for sykdomsbyrde.
- KOUWENHOVEN, S. E. & KIRKEVOLD, M. 2013. Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 8, 334-342.
- KRISTOFFERSEN, N. J. 2016. *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener, samfunn og mestrings*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- LANDSFORENINGEN FOR, S. 2008. Slagordet : tidsskrift for Landsforeningen for slagrammede. *Slagordet : tidsskrift for Landsforeningen for slagrammede*.
- LI, J., OAKLEY, L. D., BROWN, R. L., LI, Y. & LUO, Y. 2020. Properties of the Early Symptom Measurement of Post-Stroke Depression: Concurrent Criterion Validity and Cutoff Scores. *J Nurs Res*, 28, e107-e107.
- 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. *J Adv Nurs*, 57, 505-512.
- MARTINSEN, K. 2005. *Samtalen, skjønnets og evidensen*, Oslo, Akribe.

- MCCURLEY, J. L., FUNES, C. J., ZALE, E. L., LIN, A., JACOBO, M., JACOBS, J. M., SALGUEIRO, D., TEHAN, T., ROSAND, J. & VRANCEANU, A.-M. 2019. Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. *Neurocrit Care*, 30, 581-589.
- NORGE HELSEDIREKTORATET AVDELING FOR FOREBYGGENDE, A. 2010. Hjerneslag - en akutt tilstand. Oslo: Helsedirektoratet.
- NÆSS, H. 2017. Behandling av hjerneslag. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 137, 778-778.
- SKÅRDERUD, F., HAUGSGJERD, S., STÄNICKE, E. & MAIZELS, D. 2018. *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn*, Oslo, Gyldendal.
- STUBBERUD, D.-G., SJØBERG, I. L. & EIKELAND, A. 2019. *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*, Oslo, Gyldendal.
- THIDEMANN, I.-J. & THIDEMANN, M. U. 2019. *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*, Oslo, Universitetsforlaget.
- TRAVELBEE, J. & THORBJØRNSEN, K. M. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Oslo, Universitetsforl.
- VAN DIJK, M. J., HAFSTEINSDÓTTIR, T. B., SCHUURMANS, M. J. & DE MAN-VAN GINKEL, J. M. 2018. Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital. *J Adv Nurs*, 74, 2882-2893.
- ØRN, S. & BACH-GANSMO, E. 2016. *Sykdom og behandling*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- AADAL, L., ANGEL, S., LANGHORN, L., PEDERSEN, B. B. & DREYER, P. 2018. Nursing roles and functions addressing relatives during in-hospital rehabilitation following stroke. Care needs and involvement. *Scand J Caring Sci*, 32, 871-879.
- Norsk Sykepleieforbund (NSF) (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

