

10009, Anja Smedsmo  
10041, Ida Sæter

# Hvordan kan sykepleiere identifisere tidlige tegn og forebygge depresjon etter hjerneslag?

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Torhild Sørum

Mai 2023



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



10009, Anja Smedsmo  
10041, Ida Sæter

# **Hvordan kan sykepleiere identifisere tidlige tegn og forebygge depresjon etter hjerneslag?**

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Torhild Sørum  
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



## SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere identifisere tidlige tegn og forebygge depresjon etter hjerneslag?	Dato : 16.mai - 2023
Forfattere:	Anja Smedsmo Ida Sæter	
Veileder(e):	Torhild Sørum	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Depresjon, hjerneslag, sykepleier	
Antall sider/ord: 25/9110	Antall vedlegg: 0	
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: Hjerneslag forekommer hos 10 000-11 000 mennesker i Norge hvert år. Opptil 30% får depresjon etter et hjerneslag. Antall hjerneslag de neste årene vil øke da vi står ovenfor en eldrebølge.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne systematiske litteraturstudien er å få rede på hvordan sykepleiere kan identifisere tidlige tegn for å forebygge depresjon etter hjerneslag.</p> <p>Metode: Litteraturstudie med søk i databasene Pubmed og CINAHL for våre systematiske søk. Vi har i tillegg brukt en artikkel fra Sykepleie Forskning som var relevant for vår studie. Vi har brukt søkeordene stroke, depression, nursing og home care professionals. Vi har analysert og diskutert funnene fra 6 studier.</p> <p>Resultat: Resultatene viser at kunnskap om depresjon etter hjerneslag er for dårlig blant sykepleiere. Det blir gitt for lite informasjon til pasientene etter et hjerneslag, men etter implementering av Stroke Nursing Guidelines ble det mer fokus på dette. Stroke Nursing Guidelines økte og bevisstheten på fysisk aktivitet og mobilisering for å forebygge depresjon etter hjerneslag. Inkludering av familie i forhold til informasjon om hjerneslag og depresjon, samt støtte fra de er viktig. Ved hjelp av psykoedukasjon kunne sykepleieren hjelpe pasienten til å kjenne på psykisk velvære.</p> <p>Konklusjon: Ved hjelp av kunnskap, god informasjon og god journalføring kan sykepleiere lettere oppdage depresjon tidlig. Det burde implementeres en retningslinje lik Stroke Nursing Guidelines i Norge, da resultatene ved bruk av denne var god.</p>		

## ABSTRACT

Title:	How can nurses identify early signs and prevent depression after stroke?	Date : 16.mai - 2023
Authors:	Anja Smedsmo	
	Ida Sæter	
Supervisor(s)	Torhild Sørum	
Keywords		
(3-5)	Depression, stroke, nurse	
Number of pages/words:	25/9110	Number of appendix: 0
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Background: Stroke affects 10 000-11 000 people in Norway every year. Up to 30% get depression after stroke. The number of stroke patients will increase because of aging population.</p> <p>Aim: The aim of this systematic review is to explore how nurses can identify early signs and prevent depression after stroke.</p> <p>Methods: This paper is a systematic review, where we have used the databases pubmed and CINAHL. We also used a research paper from Sykepleien Forskning. Used keywords: stroke, depression, nursing and home care professionals. We have analyzed and discussed the findings in 6 different research papers.</p> <p>Result: The results shows that knowledge on depression after a stroke is to poor among nurses. Patients does not get enough information after having a stroke. After the implementation of Stroke Nursing Guidelines, it became a bigger focus on giving information. Stroke Nursing Guidelines increased the consciousness of physical activity and mobilization to prevent depression after a stroke. Inclusion of the family related to information about stroke and depression, and their support was important to the patients. Psychoeducation from nurses could help patients with their psychological well-being.</p> <p>Conclusion: With the help of knowledge, good information and good documentation, nurses can identify depressive symptoms earlier. A guideline equal to Stroke Nursing Guidelines should be implemented in Norway because of its results.</p>		

# Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING</b>	<b>4</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	4
1.2 OPPGAVENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	4
1.2.1 Presisering av problemstilling	4
<b>2 TEORIBAKGRUNN</b>	<b>5</b>
2.1 HJERNESLAG	5
2.2 DEPRESJON	5
2.2.1 Depresjon hos eldre	5
2.2.2 Post stroke depression	6
2.2.3 Kartleggingsverktøy for vurdering av depresjon	6
2.3 SYKEPLEIE	6
2.3.1 Sykepleiefunksjoner	7
2.4 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	7
<b>3 METODE</b>	<b>8</b>
3.1 VALG AV METODE	8
3.2 DATAINNSAMLING	8
3.2.1 Emneord	8
3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.2.3 Databaser og søkehistorikk	9
3.2.4 Flytskjema	10
3.2.5 Kvalitetsvurdering av artiklene	10
3.3 ANALYSE	11
<b>4 RESULTAT</b>	<b>12</b>
4.1 ARTIKKELMATRISE	12
4.2 SAMMENFATTEDE RESULTAT	14
4.2.1 Sykepleierens kunnskap om hjerneslag, identifikasjon og kartlegging	14
4.2.2 Informasjon til pasientene	14
4.2.3 Involvering av familie	14
4.2.4 Psykoedukasjon	15
4.2.5 Fysisk aktivitet og mobilisering	15
<b>5 DRØFTING</b>	<b>16</b>
5.1 SYKEPLEIERENS KUNNSKAP OM HJERNESLAG, IDENTIFIKASJON OG KARTLEGGING	16
5.1.1 Identifisering og kartlegging av depresjon	17
5.2 INFORMASJON TIL PASIENTEN	18
5.3 INVOLVERING AV FAMILIE	19
5.4 PSYKOEDUKASJON	20
5.5 FYSISK AKTIVITET OG MOBILISERING	21
5.6 SYKEPLEIEFAGLIGE IMPLIKASJONER	21
<b>6 KONKLUSJON</b>	<b>22</b>
<b>7 LITTERATURLISTE</b>	<b>23</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

*Vi skal alle dø en dag, men alle andre dager skal vi leve. -Per Olof Enquist.*

Hjerneslag er den tredje mest dødelige sykdommen på verdensbasis og årlig blir 15 millioner mennesker rammet av slag Shi *et al.* (2017). I Norge får rundt 10 000 - 11 000 pasienter hjerneslag hvert år (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2020). Intensiv forskning de siste årene har forbedret kvaliteten på helsehjelpen gitt i akuttfasen, og flere overlever slag nå enn tidligere. Sannsynligheten for overlevelse var 89,5% i 2019 motsvarende 87,7 % i 2015 (Helsedirektoratet, 2020).

Grunnet store fødselskull etter 2. verdenskrig står vi ovenfor en eldrebølge i de kommende årene (Kouwenhoven og Kirkevold, 2013). Medianalderen for hjerneslagpasienter er 72 år for menn og 77 år for kvinner (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2020). En vil derfor forvente at andelen overlevende slagpasienter vil øke betydelig i Norge i de kommende år og i vår karriereframtid.

Så mange som 30%, eller til og med opp til 1 av 3 får depresjonssymptomer etter hjerneslag. Murray og Lopez (1997, som nevnt i Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2020) skriver at depresjon ser ut til å bli den nest viktigste årsaken til helsesvikt på verdensbasis, med hjertelidelser på førsteplass.

I 2019 uttalte helseminister Bent Høie: «Heldigvis ser vi at stadig flere overlever hjerneslag på grunn av rask og god akuttbehandling på sykehus. Det er viktig at disse også får god oppfølging når de reiser hjem. Det vil gi bedre livskvalitet for den enkelte og bidra til at mange kan fortsette i arbeidslivet.» (Regjeringen, 2019).

Etter at samhandlingsreformen kom, ble det et større krav til kompetanse på slagrehabilitering i kommunene. Samhandlingsreformen skal søke å senke belastningen på sykehusene og øke kompetansen ute i kommunene (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Når slagpasienter blir utskrevet fra sykehus eller spesialisthelsetjenesten er det kommunens ansvar at de får den hjelpen de trenger videre. Tildelingskontoret gjør en vurdering av pasienten og tilbyr tjenester etter vedtak. I de fleste kommunene er det liten tilgang på spesialisert personell og det er derfor sykepleiere som tar imot disse pasientene. Vår opplevelse er at psykososiale forhold ofte blir glemt eller oversett i denne pasientgruppen.

## 1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Med denne bacheloroppgaven ønsker vi å utvide kunnskapen vår på rehabilitering etter hjerneslag. En oppgave sykepleieren har er blant annet å forebygge sykdom. Med større kunnskap håper vi å kunne forebygge, men også bli bedre rustet til å oppdage tegn og symptomer på depresjon etter et slag. Vi kom begge to rett fra psykiatri-praksis, inn i hjemmesykepleien. Vår opplevelse er at slagrammede pasienter kan være utfordrende å gi verdig sykepleie, og at psykologiske faktorer ofte blir glemt i den «bestillingen» som blir gjort.

Hensikten med oppgaven er å bli bedre rustet til å oppdage tidlige symptomer på depresjon hos slag-pasienten og benytte denne kunnskapen, samt generell kunnskap om forebygging av depresjon, til å forebygge post stroke depression. Tidsaspekt - helsedirektoratets retningslinjer for hjerneslag sier at alle pasienter bør vurderes med henblikk på depresjon allerede etter en måned etter slaget. Dette fordi depresjonen kan gi nedsatt compliance i rehabiliteringen (Helsedirektoratet, 2017b).

### 1.2.1 Presisering av problemstilling

Problemstillingen vår blir derfor:

*Hvordan kan sykepleiere identifisere tidlige tegn og forebygge depresjon etter hjerneslag?*



## 2 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil vi presentere teori som er valgt ut for å begrunne vår problemstilling som legger grunnlag for drøftingen i kapittel 5.

### 2.1 Hjerneslag

I følge Bertelsen (2019) er hjerneslag en samlebetegnelse på tilstander som fører til sirkulasjonsforstyrrelser i hjernen. Hjerneinfarkt utgjør 85 % av alle hjerneslag, og hjerneblødning utgjør ca. 15 %. Det er flere patofysiologiske årsaker til hjerneinfarkt. Hovedårsaken som utgjør 50 % er aterosklerose i de store arteriene som går til hjernen, a.Cerebri og a. Carotis comunis. Ved hjerneblødning er det et intracerebralt kar som sprekker spontant som er årsaken. Det viktigste årsakene til hjerneslag er høyt blodtrykk, fysisk inaktivitet, atrieflimmer, røyking og diabetes. Hjerneceller begynner å dø og hjernevev ødelegges når et hjerneinfarkt eller hjerneslag inntreffer. Symptomene er avhengige av størrelsen på infarkt eller blødningen og hvilken del av hjernen som rammes. Det er viktig å identifisere et hjerneslag så tidlig så mulig for å oppnå best resultater med behandlingen. Pasienten vil ofte ha permanente nevrologiske utfall, men det er avhengig av størrelse og lokalisasjon for infarkt område om hvor hardt rammet pasienten blir rammet.

### 2.2 Depresjon

*Alle mennesker har noen ganger opplevd å være lei seg på grunn av at livet har gått oss imot (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2020).*

En depresjon er en depressiv lidelse og er klassifisert som en stemningslidelse. Skuffelser, motgang og avvisning er naturlige komponenter i et menneskes liv, og det er ulikt hvordan mennesker håndterer det. Et tap i livet vil kunne føre til sorg. Alvorlige hendelser i livet vil kunne gi en langvarig sorgreaksjon. Mange med gode ressurser rundt seg greier å jobbe seg gjennom sorgprosessen og igjen finne meningen med livet. Noen ganger kan det være at denne sorgprosessen blir fraværende og en kan bli værende i en gjennomgripende nedstemthet eller synke ned i dyp depresjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2020).

Dersom personen opplever å miste realitetsoppfattelse om seg selv og sine framtidsutsikter, får tanker om selvmord eller får psykotiske lidelser som hallusinasjoner og vrangforestillinger er nedstemtheten blitt en psykisk lidelse. Personer med stemningslidelser blir diagnostisert av kvalifisert personell etter DSM-111 (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2020).

De mest klassiske kjennetegnene på en depressiv lidelse er utrøstelig tristhet med en følelse av å være verdiløs uten håp for fremtiden. En kan bli tafatt, initiativløs, fâmælt, mimikkløs, bevege seg sakte og kraftløs. Andre symptomer er: nedstemthet, mangel på interesse og glede, lite energi, nedsatt selvfølelse, nedsatt konsentrasjonsevne og skyldfølelse. Vegetative symptomer kan være nedsatt appetitt, søvnforstyrrelse og forstoppelse (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2020).

#### 2.2.1 Depresjon hos eldre

Så mange som 40% av eldre i sykehjem opplever depressive symptomer ifølge Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2020). Oppfatningen hos pårørende og de eldre, til og med noe helsepersonell, er at depresjonen er en naturlig del av det å bli gammel. Derfor er det mange som ikke søker hjelp for sine depressive symptomer. Dessuten blir de gjerne slitne og tiltaksløse, og orker ikke å ta tak i sin lidelse. Symptomene hos pasienter inne på sykehjem viser seg hyppigst i løpet av det første året og følger helst sammen med somatiske sykdommer som Parkinsons, hjerte- og karsykdom, demens eller hjerneslag. En ser en økning i andelen deprimerte med alderen. En norsk studie så en klar økning av depresjon hos eldre kvinner mellom 60-79 år (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2020).

### 2.2.2 Post stroke depression

Depressive symptomer kan være en naturlig reaksjon på livet. Det å få hjerneslag er en stor omveltning i den rammedes og pårørendes liv. Å få hjerneslag vil gi et tap av livskvalitet og kognitiv kapasitet, samt livet slik en kjenner det. Det skilles ikke mellom det å ha symptomer på depresjon og en diagnose stilt av kvalifisert personell i en subakutt fase etter hjerneslag. En kaller dette «post- stroke depression» (Kouwenhoven og Kirkevold, 2013).

### 2.2.3 Kartleggingsverktøy for vurdering av depresjon

En skala som er mye brukt som kartleggingsverktøy for vurdering av depresjon i Norge er Montgomery - Åsberg, Depression Rating Scale (MADRS). For å vurdere depresjon hos eldre er Geriatric Depression Scale (GDS) den mest ideelle skalaen (Kvaal, 2014). MADRS er veletablert og enkelt å bruke. Områdene som skalaen tar for seg er observert tristhet, rapportert tristhet, indre spenning, forstyrret søvn, nedsatt appetitt, initiativløshet, depressivt tankeinnhold, konsentrasjonsvansker, svekkede følelsesmessige reaksjoner og suicidaltanker. GDS består av 30 ja/nei spørsmål om pasientens emosjonelle tilstand som han/hun utfyller selv, men det anbefales å bli utført som et intervju (Kirkevold, 2014a). Om pasienten har en kognitiv svikt grunnet demens eller hjerneslag, finnes det en skala hvor pårørende gir deres inntrykk om pasienten. Dette verktøyet heter Cornell skala for depresjon. Skalaen inneholder 19 spørsmål om stemningssymptomer, forstyrret atferd, kroppslige uttrykk, døgnvariasjoner og tankeforstyrrelser. Kartleggingen bør foregå som en samtale sammen med pårørende (Kirkevold, 2014a).

## 2.3 Sykepleie

Sykepleie er et gammelt fag. I all tid mennesket har levd har vi pleiet de syke. De første sykepleieteoriene kom før 1950 med Florence Nightingale. I 1950 kom tanken om grunnleggende behov og i 1980 omsorgsteoriene. I vår tid er det kunnskapsbasert praksis som skal føre sykepleien videre og forbedre måten vi tenker og jobber på (Universitetet i sør-øst Norge, 2018/2019).

Å ha sykepleie som et yrke betyr at vi tar på oss et ansvar i å ivareta mennesker som trenger ekstra omsorg og pleie (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2014). Ifølge Norsk Sykepleierforbund (u.å) er sykepleie et sammensatt fag der vi skal hjelpe mennesker i alle aldre og livsfaser. Vi skal hjelpe til med de grunnleggende behovene, diagnostisering, behandling, utføre sykepleieprosedyrer og sammensatte tiltak, bidra til forebygging og økt mestring. Det er ikke bare pasientene vi skal ivareta, men også pårørende og familien til den syke. Sykepleie er et yrke som stadig er i endring og utvikling. Vi må holde oss faglig oppdatert på for eksempel nye behandlingsmåter og medikamenter.

For å forklare sykepleien som fag brukes 4 metaparadigmer. Disse er:

1. Pasienten eller pasientens helse
2. Miljøet
3. Sykepleierens rolle
4. Helsevesenet

Sykepleiens «Grand theories» gir innhold til metabegrepene. Neste nivå er midle range theories som er teorier utviklet av empirisk forskning (Gustin, 2021).

### 2.3.1 Sykepleiefunksjoner

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2014) identifiserer syv grunnleggende funksjonsområder som sykepleie omfatter. For denne oppgaven er fire av disse svært relevante: helsefremming og forebygging; rehabilitering og habilitering; undervisning og veiledning; og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning.

- **Helsefremming og forebygging**  
Helsefremming har som mål å fremme helse, velvære og livskvalitet. Forebygging er rettet mot identifiserte mulige og reelle problemer. Det finnes tre nivå av forebyggende tiltak: primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende.
- **Rehabilitering og habilitering**  
Mennesker som har akutt eller kronisk helse- eller funksjonssvikt trenger ofte rehabilitering/ habilitering fra sykepleiere. Vår oppgave er å undervise/veilede de i å ta vare på grunnleggende behov, få tilbake helsen og føle på mestring i forhold til livssituasjonen.
- **Undervisning og veiledning**  
For å lære, utvikle seg og kjenne på mestring er undervisning og veiledning viktige funksjoner. Dette gjelder både pasienter, pårørende, medarbeidere, studenter og elever. For å foreta valg knyttet til å ivareta egen helse er dette en viktig funksjon sykepleiere har. Vi skal ha nok kunnskap og forståelse for å veilede og undervise pasienter og pårørende.
- **Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning**  
Sykepleier skal kunne bruke forskningsresultater, dokumentere, kvalitetssikre og evaluere jobben vi gjør. Vi skal vite hva vi har kompetanse til. Som sykepleiere skal vi ha nødvendig opplæring på arbeidssstedet. Dette er viktig for å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie.

### 2.4 Kunnskapsbasert praksis

Ifølge Graverholt, Jamtvedt og Nortvedt (2016) skal sykepleiere ha et godt kunnskapsgrunnlag. Det vil si at vi skal ha kunnskap om de forskjellige sykdommene, lover og regler, hvordan møte pasienter og pårørende, og om legemidler. Vi skal kunne gi råd, informasjon og tiltak. Sykepleiere må holde seg oppdatert på ny forskning og oppdaterte prosedyrer og retningslinjer.

### 3 Metode

En forskningsoppgave kan gjøres etter ulike metoder eller design. Det som bestemmer hvilket design en bør benytte er spørsmålet en vil ha svar på, eller selve hensikten med forskningen. Dette kalles et nøkkelspørsmål (Helsebiblioteket, 2021a).

#### 3.1 Valg av metode

Denne oppgaven er et litteraturstudie. Det vil si at vi systematisk har anvendt oss av data som er samlet inn av andre, gjennom vitenskapelige artikler, bøker og tidsskrifter (Thidemann, 2020).

#### 3.2 Datainnsamling

For å komme i gang med søkeord valgte vi å benytte oss av et PICO- skjema. PICO's funksjoner er å fokusere å presisere spørsmålet, klargjøre hva en vil inkludere og ekskludere og identifisere søkeord og begreper som er nyttige å bruke i søket. Og hvordan organisere og koble disse sammen til en søkestrategi (Thidemann, 2020). PICO står for **P**opulation/**P**atient/**P**roblem, **I**ntervention, **C**omparison og **O**utcome. Første linje i skjemaet har vi satt inn selv. Andre linje er hentet fra Nasjonal retningslinje for slagbehandling, der de bruker PICO-skjemaet som referanse til de anbefalingene de går ut med. Vi endret siste PICO-skjemaet ut ifra dette samt fikk inn Mesh- terms på engelsk.

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>Stroke</b>	<b>Depression</b>		<b>Prevent and identify</b>
<b>Pasienter med depresjon etter hjerneslag</b>	<b>Støttende miljø</b>	<b>Ingen tiltak</b>	
<b>Poststroke depression</b>	<b>Identify and prevent</b>	<b>Patient or nurses.</b>	<b>-</b>

##### 3.2.1 Emneord

Emneord er ord som er fastsatt term. Derfor dekker de flere underord som en paraply (NTNU, 2018).

Nøkkelord er frie søkeord vi kan benytte, men da er vi ikke sikre på å dekke bredt siden de ikke er koblet til flere ord av samme betydning (NTNU, 2020).

For å finne emneord til Pubmed benyttet vi Mesh-terms. Ikke alle emneord kan benyttes i CINAHL så derfor sjekket vi Cinahl subject headings.

Vi valgte å bruke pico-skjemaet og vi endte på 4 Mesh termer som vi benyttet som søkeord. I Cinahl var ikke outpatient et emneord og det måtte søkes på som nøkkelord. Vi endte opp med 53 artikler i pubmed og 11 artikler i CINAHL. Disse artiklene leste vi raskt gjennom overskrift og ekskluderte studier som var på feks. kinesisk språk. Når vi så studier som passet med inklusjonskriteriene sjekket vi de nærmere. Vi syntes at søket ga for lite relevans for oppgaven vår og tok bort rehabilitation. Isteden sjekket vi andre lignende oppgaver og landet på søkeordene

Stroke (Mesh +MH)

Depression (Mesh +MH)

Nursing

Home care professionals (var ikke et emneord i Cinahl, og ga kun 93 treff alene. Derfor valgte vi å søke nursing or HCP for å få treff)

### 3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

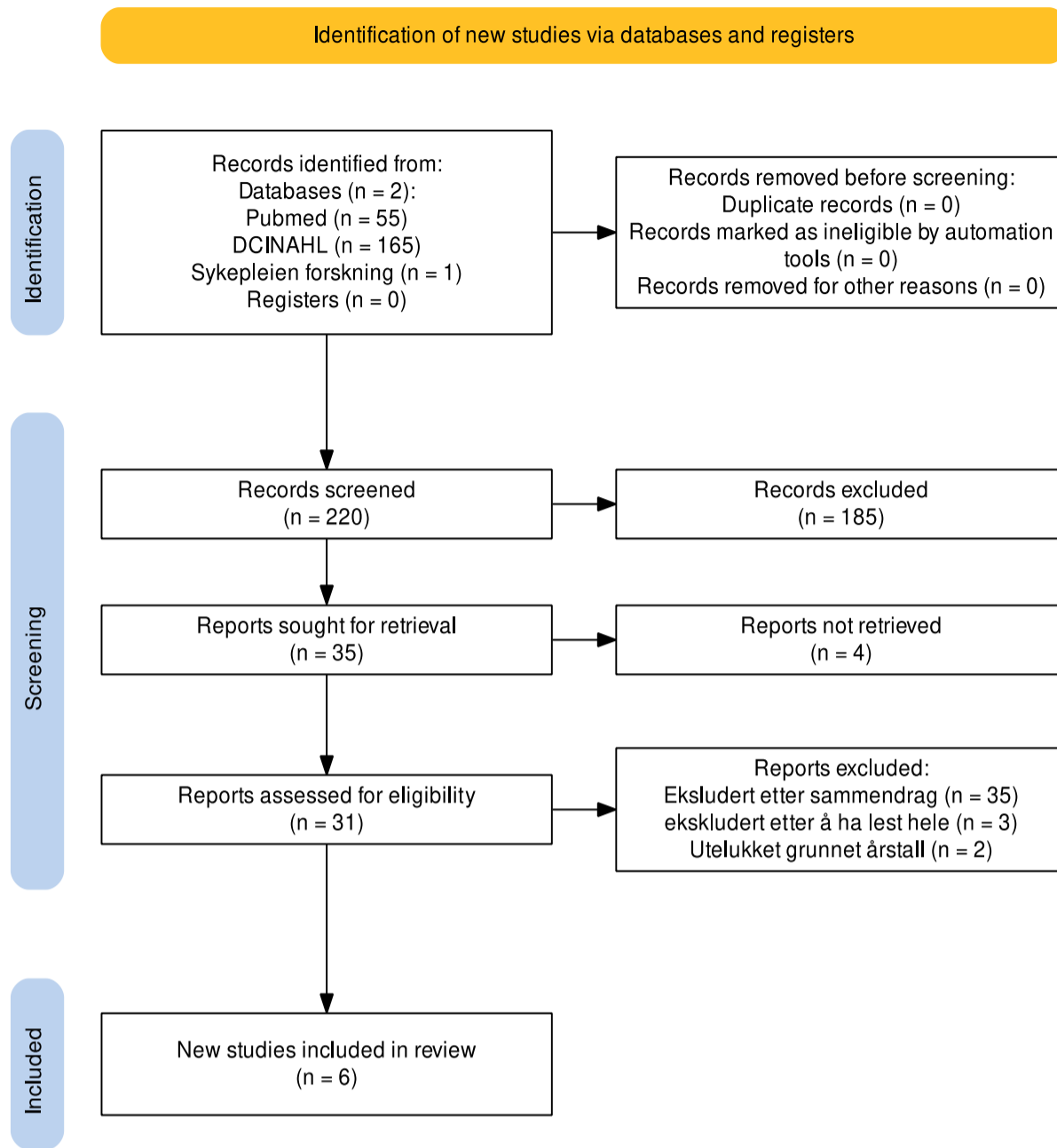
Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Hjerneslagpasienter over 18 år	Under 18 år
Funksjonsfriske før slag	Skrøpelige eldre
Depresjon etter hjerneslag	Tidligere depresjon
Ikke-medikamentelle tiltak	Medikamentelle tiltak
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
IMRaD-struktur	Ikke IMRaD-struktur
Språk: engelsk – nordisk	Andre språk
	Forskning relatert til covid -19

### 3.2.3 Databaser og søkehistorikk

Søkeord	Databaser	Kombinasjoner	Antall treff
1. Stroke	Pubmed	1	428,567
2. Depression		2	607,382
3. Nursing		3	873,554
4. Home care professionals		4	107,893
		1+2+3+4	55
1. Stroke (MH)	CINAHL	1	80,350
2. Depression (MH)		2	135,177
3. Nursing (kw)		3	807,849
4. Home care professionals (kw)		4	93
5.		1 AND 2	2,267
6.		3 OR 4	807,901
2003-2023		5 AND 6	193
			165

Søket i Pubmed ga 55 artikler der mange ved første øyekast var veldig relevant for å svare på oppgaven. Etter å ha gjennomgått overskriftene til alle var det 2 meget relevante, 12 relevante som må leses og 8 å lese gjennom innledningen på. 1 av artiklene som var relevant var fra 1996 og ikke åpen. Siden den er så gammel, valgte vi å ikke spørre biblioteket etter tilgang.

### 3.2.4 Flytskjema



### 3.2.5 Kvalitetsvurdering av artiklene

For å vurdere kvaliteten til vitenskapelige artikler må en ha kunnskap om forskningsmetoder generelt. En må vurdere artikkelens gyldighet, metodisk kvalitet, resultat og overførbarhet. For å vurdere kvaliteten på artiklene er det to overordnede spørsmål som bør være første ledd i kritisk vurdering. Klart formulert problemstilling? Og er design egnet til å svare på den? (Thidemann, 2020). Ettersom artiklene er ulike etter hvilke metoder som er brukt så har Helsebiblioteket (2021b) laget sjekklister. Vi har anvendt sjekklister tilpasset artiklene.

Vi har valgt å inkludere 6 artikler i vår studie og alle har IMRaD-struktur. IMRaD står for Introduksjon, Metode, Resultater og Diskusjon (Thidemann, 2020). Alle artiklene er utgitt i et fagfelleurdert tidsskrift. Vi benyttet oss av artikler som er skrevet på norsk eller engelsk, og som er likt det norske helsevesenet. Det er for å bruke forskninger som er relevante for oss. Artiklene gikk gjennom en etisk vurdering. Deltakerne i studiene har gitt skriftlig samtykke. Artiklene har enten sykepleieperspektiv eller pasientperspektiv som gjør at vi får artikler som svarer til vår problemstilling. Artiklene har brukt kvalitativ eller kvantitativ metode eller en blanding av begge der det har vært hensiktsmessig. Kvalitativ metode går ut på deltakernes opplevelser gjennom intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse. Kvantitativ metode gir resultater i form av målbare data (Thidemann, 2020).

I studien til Kirkevold *et al.* (2014) er de kvantitative resultatene for mangelfulle til å konkludere på grunnlag av det. Vi ønsker å bruke artikkelen fordi den sier mye om hvordan deltakerne opplevde intervensjonen og hvilken effekt de tror de har av studien i fremtiden.

Kouwenhoven og Kirkevold (2013) inkluderer bare 9 personer, så evidensen blir ikke så høy. Den er interessant å bruke fordi den forsker på norske pasienter og ligger virkelighetsnært til vår problemstilling.

### 3.3 Analyse

«Å analysere tekst er å granske hva teksten forteller» (Thidemann, 2020).

Når en arbeider med analysen av en tekst er det viktig å ha problemstillingen og forskningsspørsmål klare. Thidemann (2020) anbefaler å benytte en metode der man gir de ulike forskningsspørsmål en fargekode og så kan man bruke markeringspenn i artikkelen der det er funn som er relevant for forskningsspørsmålet. Deretter kan man dele forskningsspørsmålene i tema.

Vi benyttet denne metoden, men vi fant funnene først og så markerte vi dem i dokumentet etter fargekoder. Selv om det bare er en av artiklene som belyser dette med fysisk aktivitet og mobilisering, fant vi annen litteratur som er interessant å bruke i drøftingskapittelet sammen med artikkelen.

<b>Artikler og temaer</b>	Sykepleierens kunnskap om hjerneslag, identifikasjon og kartlegging	Informasjon til pasienten	Involvering av familie	Psykoedukasjon	Fysisk aktivitet og mobilisering
<b>Artikkel 1</b> (Kirkevold <i>et al.</i> , 2014)		<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>Artikkel 2</b> (Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir, 2017)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Artikkel 3</b> (Kroese <i>et al.</i> , 2020)			<b>X</b>	<b>X</b>	
<b>Artikkel 4</b> (de Man-van Ginkel <i>et al.</i> , 2015)	<b>X</b>				
<b>Artikkel 5</b> (Gardiner <i>et al.</i> , 2017)	<b>X</b>		<b>X</b>		
<b>Artikkel 6</b> (Kouwenhoven og Kirkevold, 2013)	<b>X</b>		<b>X</b>		

## 4 Resultat

### 4.1 Artikkematrise

Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Database	Hensikt	Design/metode
<b>Kirkevold, M., Martinsen, R., Bronken, B.A. og Kvigne, K. (2014)</b>	Promoting psychological wellbeing following stroke using narratives and guided self-determination: a feasibility study	BMC Psychology 2(1)	Pubmed	Finne ut om en intervensjon som kan gjennomføres kommunalt kan være nyttig verktøy for å øke psykososialt velvære etter hjerneslag.	Intervensjonsstudie med design fra UK Medical reserve council. Inklusjonskriteriene var: slagrammede over 18 år som hadde hatt hjerneslag løpet av de siste 8 ukene. De skulle være medisinsk stabile, god nok kognitiv evne, interessert i å delta, snakke norsk og var vurdert av slagteam eller lege til at de kunne ha nytte av intervensjonen.
<b>Resultat:</b>					
<p>Individuell samtale i intervensjonen ga deltakeren muligheten til å snakke om det som opptok deltakeren akkurat der og da. Dette var vanskeligere i en gruppesamtale. Da måtte en følge oppsatt tema for dagen. Fordelen med gruppesamtaler var at de fikk dele erfaringer og fortelle historien sin til mennesker med samme problemer og utfordringer. Flere av deltakerne satte stor pris på å kunne dele historien sin med likesinnede.</p> <p>Mange av deltakerne i intervensjonen framhevet viktigheten av et psykososialt fokus. Dette synes de det var lite av ellers i rehabiliteringen.</p> <p>Mange av deltakerne oppga at de følte på en manglende informasjon fra helsevesenet generelt etter hjerneslaget og følte seg dermed forlatt. Dette var det heller ikke lagt opp til i intervensjonen. Men deltakerne ble gitt den informasjonen de etterspurte. Noen savnet mer tilstedeværelse eller inkludering av øvrig familie. Dette inkluderte også informasjon om hjerneslag og konsekvenser av slaget både for de pårørende og den som var rammet.</p> <p>De kvantitative målingene hadde for dårlig kvalitet og derfor kunne de ikke brukes. Men omtrent alle deltakerne oppga at de hadde hatt god nytte av intervensjonen og at de var fornøyde med designet</p>					
<b>Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H. og Hafsteinsdóttir, T.B. (2017)</b>	Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods stud	BMC nursing 16(1)	Pubmed	Se på gjennomførbarheten og opplevd nytte av en på forhånd utviklet retningslinje for slag-rehabilitering. Stroke Nursing Guidelines (SNG)	Sekvensiell eksplorativt mikset metode. Den kvantitative delen bestod av før- og etter- implementering, målinger av journalføring. Den kvalitative delen bestod av post intervention fokus gruppe med intervjuer av typen BFAI (Barriers and facilitators assesment instruments) og QIT (Quality indikator tool) av sykepleierne i studien.
<b>Resultat:</b>					
<p>Innholdet i SNG var allerede kjent materiell for sykepleierne. De fleste kjente til det, men etter implementeringen ble det brukt mer systematisk. Dette ble mer dokumentert i journalen etter implementering: Familien ble mer involvert i rehabiliteringen og fikk mer informasjon, Sykepleierne fokuserte mer på det psykiske velværet hos pasienten så vel som det fysiske. Mobilisering ble gjort på samme måte hver gang. Og treningen som var gitt fra fysioterapeutene fikk bedre kontinuitet.</p> <p>Pleieren ble mer oppmerksom på fysisk aktivitet For eksempel når de var på do, var det å reise seg og sette seg ned trening og ikke bare et grunnleggende behov.</p> <p>SNG resulterte i fornyet kunnskap på slagrehabilitering. Pleierne var veldig fornøyde med at det var fysisk trening. De mente at det var mer lærerikt en å sitte selv å lese. De håpet at de skulle få oppfriskning igjen snart, fordi det er mye man glemmer.</p> <p>Depresjon ble målt i større grad etter implementeringen av SNG. Den ble ikke målt før implementering. 3 av 4 brukte scoringsverktøy for å avdekke depresjon etter hjerneslag etter implementeringen av SNG.</p>					
<b>Kroese, M. E. A. L., Ponds, R. W. H. M., Staals, J., van Heugten, C. M. og Verberne, D. P. J. (2020)</b>	Nurse-led stroke aftercare addressing long-term psychosocial outcome: a comparison to care-as-usual	Disability and Rehabilitation 44(12)	CINAHL	Undersøke om sykepleierledet pleie av personer bosatt i samfunnet med hjerneslag er gunstig for langsiktig psykososialt utfall.	Kvantitativ metode. Deltakerne ble plassert i to forskjellige kohorter der ene kohorten fikk sykepleierledet etterbehandling. Den andre kohorten fikk vanlig pleie og konsultasjon ved poliklinikken for nevrologi.



**Resultat:**

Studien viser at aktiv psykoedukasjon og emosjonell støtte gjennom rådgivning med oppmerksomhet på trygghet, avtagende usikkerhet og bekymringer hjalp på følelsesmessig velvære hos sykepleierledet-pleie kohorten.

Sykepleieren søker å gi rådgivning til pasienten som kan støtte den emosjonelle reisen for å håndtere de omfattende endringene i livet etter hjerneslaget. I hjemmet er det omsorgspersonen som gir den nødvendige støtten. De fyller og en viktig rolle i rehabilitering etter hjerneslag.

Forfatterne peker på at systematisk jobbing med bruk av kartleggingsverktøy og identifisering av problem er en unik sykepleiejobb. Tilbud om psykososial og emosjonell støtte og spesialisert oppfølging kommer etter god kartlegging av sykepleier. Sykepleierne i denne studien var dog spesialiserte sykepleiere innen nevrologi.

Dagens tjenester tar ikke systematisk for seg psykososiale utfall selv om de er anbefalt av de internasjonale slagretningslinjene. Rutinemessig oppfølging av hjerneslag og sykepleie etter hjerneslag betraktes derfor verdifullt. Dette selv om sykepleie med et terapeutisk design som gir psykoedukasjon og emosjonell støtte ville kunne passe inn i primærhelsetjenesten.

Studien viste at sykepleierledet pleie for personer med hjerneslag var gunstig for langsiktig følelsesmessig velvære etter hjerneslag. Det var ikke gunstig for psykososialt utfall og depressive symptomer.

de Man-van Ginkel, J. M., Hafsteinsdóttir, T. B., Lindeman, E., Geerlings, M. I., Grobbee, D. E., & Schuurmans, M. J. (2015)	Clinical Manifestation of Depression after Stroke: Is It Different from Depression in Other Patient Populations?	PLoS one 10(12)	Pubmed	Se om det er forskjell på post stroke depression og depresjonssymptomer, og hva som gjelder somatiske symptomer. Og om en kan inkludere somatiske symptomer når en vurderer depresjon etter slag.	En multisenterstudie fra tre ulike sykehus og syv allmennpraktiserende leger. En slag-gruppe ble sammenlignet med kontrollgruppen som bestod av 2 ulike grupper. SMART-Medea som så på MR- bilder til pasienter med andre arterielle problemer og knyttet det mot depresjon. Disse deltok i studien samtidig som de var på sykehuset. Og PREDICT-NL, en prospektiv kohortstudie som inkluderte pasienter uavhengig av hvilken årsak de hadde til å konsultere legen, disse mottok papir hjemme og sendte tilbake. CIDI, Coposite international diagnostic interview. Og 9- item patient health qestionare var brukt.
--	--	-----------------	--------	---	--

**Resultat:**

De Man-Van Ginkel *et. al* (2015) sin studie beskriver: Slagpasientene hadde oftere depresjonssymptomer enn kontrollgruppen.

Når de sammenlignet de deprimerte slagpasientene med de to andre kohortene som hadde depresjon, var det ganske like symptomer hos dem alle tre. En vesentlig forskjell var tilstedeværelsen, eller hyppigheten av symptomene. I første runde var kravet for depresjon at symptomene var til stede i minimum en halv dag. Dette resulterte i stor forskjell mellom gruppene, der slag-kohorten hadde stort utfall på depresjonssymptomer. Denne forskjellen ble borte når de endret kriteriene til at symptomene på depresjon skulle vare flere dager.

Når de sammenlignet depresjons-symptomene for slag-gruppen opp mot kontroll-gruppen så de små forskjeller, som også ble borte når de la til kriteriene om alder og kjønn. Dette viser at det er veldig likt i alle tre gruppene når det gjelder symptomer på depresjon. Forskjellen var at depresjons-symptomene var mer til stede og ofte alvorligere hos slagpasientene.

Studien viser at økte psykiske depresjonssymptomer øker i takt med somatiske symptomer, men dette mønsteret viser seg også hos de to kohortene som ikke hadde slag. De mener at somatiske symptomer derfor ikke er unikt for slag- kohorten og må sees på i likhet med en «vanlig» deprimert. Forfatterne viser til en prevalens på 14.1% som hadde depresjon, mens litteraturen beskriver at 1 av 3 får depresjon etter slag. Grunnen til dette kan ha vært fordi de utelukker de mest syke etter slag på grunn av taleevne for å få til intervjuet eller at 8-ukers intervjuet faktisk var så omfattende at det forstyrret slag- forekomsten. Flere studier viser til at økt slagomfang også gir økt depresjons-forekomst.

Gardiner, C., Harrison, M.A., Jones, A. og Ryan, A. (2017)	Psychological and emotional needs, assessment and support post-stroke: a multi-perspective qualitative study	Topics in Stroke Rehabilitation 24(2)	Pubmed	Hensikten med denne studien var å utforske pasienters, omsorgspersoners og helsepersonells erfaringer med psykologisk behov, vurdering og støtte etter hjerneslag mens de var på sykehus og umiddelbart etter utskrivning.	Studien brukte kvalitativt studiedesign og fokuserte på semistrukturerte intervjuer og fokusgrupper med pasienter, omsorgspersoner og helsepersonell. Deltakerne ble rekruttert fra syv slagavdelinger i Nord-England. Totalt var det 125 deltakere i studien, 31 slagpasienter, 28 uformelle omsorgspersoner og 66 helsepersonell. Pasienter og omsorgspersoner deltok i 27 felles intervjuer, mens fire pasienter og en omsorgsperson ble intervjuet alene. Helsepersonell deltok i 8 fokusgrupper og 9 individuelle intervjuer.
--	--	---------------------------------------	--------	--	--

**Resultat:**

Deltakerne merket forskjell i tilbudet på psykisk helse i ulike rehabiliteringssenter samt kompetansen til personalet. Helsepersonellet oppga at de kjente på en stor frustrasjon på bakgrunn av mangel på kompetanse innen psykisk helse.

Storbritannias retningslinjer for hjerneslag sier at psykologer er viktige i et tverrfaglig slagteam. Funnene fra denne studien viser imidlertid mangel på psykologisk ekspertise gjennom behandling av slagpasienter. Det ble ikke samlet data om utbredelsen av depresjon og angst blant pasientene, men alle pasienter beskrev den psykiske plagen forårsaket av hjerneslaget. Over halvparten av pasientene beskrev perioder med lavt humør. De fleste pasientene omtalte det som å være «nede». Noen rapporterte å ha bli diagnostisert med depresjon. Helsepersonellet følte at unnlattelsen av å gi formell psykologisk støtte kan ha innvirkning på mengden av rehabilitering pasienten mottar og bedringen de gjør. Som et resultat har andre tatt på seg rollen til å gi psykologisk støtte på slagenheter ved tidlige stadier i forløpet.

Både helsepersonellet og pasientene oppga screening av pasienter for depresjon og angst som forbedringsområder. Pasientene selv beskrev hvordan helsepersonell ofte viste usikkerhet ved screening, og de lurte på om de hadde fått tilstrekkelig opplæring.

Studien gir verdifull innsikt i konsekvensene av mangel på psykologisk kompetanse blant slagpasienter. Resultatene viser at det er forbedringspotensialer ved kartlegging av hjerneslagpasienter for depresjon og angst.

<b>Kouwenhoven, S. E. og Kirkevold. M. (2013)</b>	Å leve med depresjon etter hjerneslag	Sykepleien forskning	Sykepleien Forskning	Å presentere en samlet beskrivelse av forløpet for depresjon etter hjerneslag fra akutfasen til 18 måneder etter slaget.	Kvalitativ metode. Longitudinelt, deskriptivt design og er basert på gjentakende dybdeintervjuer med ni deprimerede slagrammede.
---	---------------------------------------	----------------------	----------------------	--	--

**Resultat:**

Ett av hovedtemaene var «å miste seg selv». Det ble delt inn i underliggende temaer. Den ene var å miste seg selv emosjonelt. Opplevelsen av å være følelsesmessig labil. Gråte og ha emosjonelle svingninger ute av kontroll. Den andre underliggende grunnen var å miste sin egen verdi. Noen beskriver dette som «å bli et barn igjen» eller å bli pleiepasient. For eksempel det å ikke klare å bruke mobiltelefonen lenger. Den tredje underliggende årsaken var å bli utmattet og trøtt hele tiden.

«Jeg vil leve, men jeg er for trøtt!» var et av utsagnene.

Det andre hovedtemaet var «å være fanget». Deltakerne beskrev dette som å være stengt inne i sin egen kropp. Særlig med tanke på språkproblemer, men også det å ha fysiske begrensninger som gjorde livet kjedelig eller meningsløst. De fleste mistet førerkortet og ble derav mindre mobil til å komme seg ut. Den tredje var «for sikkerhets skyld tenkning», som gikk ut på at den slagrammede ikke lenger stolte på sin egen kropp og derav ikke ønsket å møte andre.

## 4.2 Sammenfattede resultat

I dette kapitlet vil vi presentere en sammenfatning av sentrale funn fra litteratursøket. Temaene vil hjelpe oss i å svare på problemstillingen: Hvordan kan sykepleiere identifisere tidlige tegn og forebygge depresjon etter hjerneslag?

### 4.2.1 Sykepleierens kunnskap om hjerneslag, identifikasjon og kartlegging

Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017), Gardiner *et al.* (2017) og Kouwenhoven og Kirkevold (2013) har funnet at manglende kunnskap om slagbehandling hos sykepleiere gjør at de kvier seg for å kartlegge depresjon. Resultatene viser at det er et forbedringspotensiale. I følge Kroese *et al.* (2020) er kartlegging og identifiseringen av et problem er en unik sykepleieroppgave.

### 4.2.2 Informasjon til pasientene

Kirkevold *et al.* (2014) og Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017) finner at det blir gitt for lite informasjon til pasientene etter et hjerneslag, spesielt på sykehuset før utskrivelse til rehabilitering. Begge ser på effekten av intervensjon og retningslinjer som gir mer informasjon til pasientene. Pasientene var fornøyd med informasjon gitt under intervensjonen. Sykepleierne var fornøyd med at SNG gir informativt materiell samt bedre opplæring og mer fokus på det å gi mer informasjon. Resultatet fra SNG var mer journalført, gitt informasjon.

### 4.2.3 Involvering av familie

Funnene i flere av studiene er at deltakerne savner inkludering av øvrig familie i slagrehabiliteringen. De mener at de ikke får tilstrekkelig med informasjon fra helsevesenet om hjerneslag og hva det vil si for livet til den berørte og de pårørende. Kirkevold *et al.* (2014), Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017), Kroese *et al.* (2020) og Kouwenhoven og Kirkevold (2013) er alle studier hvor det blir belyst viktigheten av støtte fra omsorgspersoner og familie.

#### **4.2.4 Psykoedukasjon**

Flere av studiene vi har valgt er studier som forsker på ulike typer psykoedukasjon. Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017) finner at det er økende evidens for at fysisk aktivitet, selv-ankjennelse og sosial støtte kan være med å forebygge depresjon. Kroese *et al.* (2020) viser at gjennom aktiv psykoedukasjon gitt av sykepleiere kan hjelpe pasienten til å kjenne på psykisk velvære.

#### **4.2.5 Fysisk aktivitet og mobilisering**

Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017) ser at ved hjelp av Stroke Nursing Guidelines (SNG) ble pleierne mer oppmerksom på implementering av fysisk aktivitet. SNG innlemmet også familien slik at de kunne ta mer ansvar for å aktivisere pasienten. SNG resulterte også i at sykepleierne fikk bedre opplæring av fysioterapeutene, og dokumenterte dette bedre i journalen.

## 5 Drøfting

I drøftingen vil vi gå nærmere inn på resultatene fra studiene og se de opp mot hverandre og mot bakgrunnsteorien, samt annen forskning og faglitteratur.

### 5.1 Sykepleierens kunnskap om hjerneslag, identifikasjon og kartlegging

Det tyder på at sykepleiere trenger mer kunnskap om rehabilitering etter hjerneslag (Kouwenhoven og Kirkevold, 2013; Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir, 2017; Gardiner et al., 2017).

Helsepersonelloven § 4 lyder:

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999).

Som nevnt i teoribakgrunnen er undervisning og veiledning et av funksjonsområdene til en sykepleier. En sykepleier skal ha nok kunnskap og forståelse forbundet med å ivareta egen helse, til å kunne veilede pasienter og pårørende (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2014). For å kunne utføre sykepleie skriver Grov og Holter (2016) at sykepleieren må ha gode kunnskaper i fysiologi og patofysiologi, om pasientens medisinske symptomer og om diagnose og behandling. De skriver at sykepleieren må se på forskjeller hos individet, og dens sosiale sammenheng. Dette står i sterk kontrast til funnene hos Gardiner *et al.* (2017). For det første gav sykepleierne i Gardiner et al. (2017) uttrykk for at de hverken har nok kunnskap, erfaring eller ferdigheter i psykisk helse til å hjelpe dem som var alvorligst syke etter hjerneslag. For det andre oppga helsepersonellet og pasientene kartleggingen av depresjon og angst som for dårlig. For det tredje beskrev pasientene selv at helsepersonell ofte viste usikkerhet, og de lurte på om de hadde fått tilstrekkelig opplæring. Pasientene satt igjen med en følelse av at sykepleierne fikk rollen vedrørende identifisering og kartlegging av angst og depresjon tredd over seg, uten nødvendig kompetanse, forberedelse og opplæring. Dette reiser spørsmål om ansatte får opplæring i psykologisk vurdering og støtte etter hjerneslag når det er et fravær av psykologisk ekspertise. Imidlertid nevner forfatterne at Stroke Specific Education Framework gir informasjon om kompetanse som kreves og godkjente opplæringskurs og materiell for å gi psykologisk kartlegging. Disse ressursene kan brukes av personale som jobber på slagenheter. Et lignende kurs i depresjonsmestring som ligger på [www.psykisk.helse.no](http://www.psykisk.helse.no) drives i flere kommuner i Norge i samarbeid med Rådet for psykisk helse. Målet er at deltakerne skal komme ut av den onde sirkelen med negative tanker og passivitet ved å lære seg teknikker for dette (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2020). Dette betyr at selv om opplæring finnes, viser studien at den ikke blir benyttet i noen større grad.

Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017) ser på tjenesteutvikling i praksis. Island har i likhet med Norge et velutviklet helsevesen, men har sett behov for å sette slagrehabilitering i system. De har sett til Storbritannia som etter omfattende forskning har utviklet Stroke Nursing Guidelines (SNG) som er retningslinjer som beskriver hvordan sykepleiere skal rehabilitere hjerneslagpasienter. Når det gjelder kunnskapen i SNG var mye kjent materiell for de fleste av sykepleierne. Imidlertid ble det brukt mer systematisk etter implementeringen. I tillegg resulterte SNG i fornyet kunnskap på slagrehabilitering. Et viktig funn i studien er at helsepersonellet var veldig fornøyd med at det var praktisk øving. Først og fremst var det mer lærerikt enn å sitte å lese selv. Helsepersonellet ble i stor grad motivert til å lære om slagrehabilitering av SNG.

Stroke nursing guidelines førte til økt journalføring vedrørende viktige punkter i slagrehabilitering, -fysisk aktivitet, psykisk helse, mobilisering, informasjon til pasient og inkludering av familien (Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir, 2017). Å føre pasientjournal er en plikt helsepersonell har. Den skal inneholde informasjon om planlagt og gjennomført helsehjelp som pasienten har mottatt. Pasientjournalen er et redskap helsepersonell skal bruke for informasjon om undersøkelser, utredning, diagnose, behandling og sykepleien som skal gis til pasienten (Hellesø, 2016). En annen årsak til at dokumentering er viktig er for pasientens sikkerhet. Ved mangelfull dokumentasjon kan det oppstå feilbehandling. Informasjon om gitt helsehjelp og begrunnelse av helsehjelpen skal pasienten selv kunne hente ut (Dahl og Skaug, 2014).

Sett under ett gir Gardiner *et al.* (2017) verdifull innsikt i konsekvensene av mangel på psykologisk kompetanse blant sykepleiere og demonstrerer at helsepersonell trenger opplæring. Helsepersonell rapporterte at mangel på tilgjengelig psykisk støtte kan resultere i avhengighet av medisiner, som for eksempel antidepressiva. Disse funnene kan oppfordre til tjenesteutvikling i et område som ikke er forsket nok på.

### 5.1.1 Identifisering og kartlegging av depresjon

Kartlegging kan hjelpe oss å bli bedre kjent med pasientens tilstand og hva slags forutsetninger pasienten har for å ta til seg informasjon. Eldre personer er viktige å kartlegge fordi de gjerne har mindre tydelige tegn på sykdom og symptom (Kvaal, 2014). Kartleggingsverktøyene, som MADRS og GDS, er verktøy som er enkle å bruke. Samtidig finnes Cornell skala for depresjon som pårørende til pasientene kan bruke om pasienten har kognitiv svikt (Kirkevold, 2014a).

Likevel finner Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017) at det ikke ble utført kartlegging før implementering av SNG. Etter implementeringen brukte 3 av 4 scoringsverktøy for å avdekke depresjon etter hjerneslag. Imidlertid viste andre nederlandske studier at pleiere anerkjente viktigheten av å kjenne til og avdekke symptomer til depresjon, men at de i liten grad gjorde nytte av kartleggingsverktøy. Først og fremst er det viktig å identifisere og kartlegge depresjon etter hjerneslag fordi depresjon kan gi nedsatt rehabiliteringspotensiale. Allerede den første måneden etter et hjerneslag bør pasienten vurderes angående depresjon (Helsedirektoratet, 2017a). Kroese *et al.* (2020) finner på sin side at systematisk jobbing med bruk av kartleggingsverktøy og identifisering av problem er en unik sykepleiejobb. Med dette mener de at det er sykepleieren som i størst grad har mulighet til å gjennomføre kartlegging. Derimot finner de at pasientene i liten grad faktisk blir kartlagt, selv om tilbud om psykososial og emosjonell støtte og spesialisert oppfølging kommer etter god kartlegging av sykepleier. Sykepleierne i denne studien var spesialiserte sykepleiere innen nevrologi, og hadde mye kunnskap om slagrehabilitering.

Kouwenhoven og Kirkevold (2013) mener at det er problematisk å fange opp depresjon etter hjerneslag fordi symptomene er så lik helt naturlige reaksjoner på sorg. Forskerne mener at personen etter hjerneslag har lidd et tap som er forenlig med en sorgprosess. Som følge av dette må sykepleieren se på mange av symptomene som naturlige sorgreaksjoner og ikke symptomer på depresjon. Dette støttes av pasientene, som kjente på det å miste seg selv etter hjerneslaget. For det første ble de mer emosjonelt labile. Oppfattelsen av emosjonell labilitet viser til at de ikke nødvendigvis gråter over situasjonen sin, men at de ikke har kontroll på emosjonelle svingninger. For det andre gjør dette til at de kjenner på tap av kontroll på følelsene. Videre vil dette tapet av emosjonell-kontroll i verste fall føre til at de unngår sosiale sammenhenger og mister en sosial arena (Kouwenhoven og Kirkevold, 2013). Almås, Stubberud og Grønseth (2015) finner at depresjonssymptomene kan være en naturlig del av en sorgreaksjon som åpenbart viser at pasienten trenger hjelp og støtte til å håndtere sin nye livssituasjon. I tillegg vil det å oppleve hjerneslag lede til en psykologisk vurderingsprosess der spørsmål om individets eksistens blir viktige (Kirkevold, 2010, som sitert i Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014).

de Man-van Ginkel *et al.* (2015) på en annen side, forsker på om symptomer på depresjon etter hjerneslag likevel er de samme som symptomer på depresjon. Funnene peker på at symptomene etter hjerneslag og vanlig depresjon er like. De konkluderte med at symptomer på depresjon etter hjerneslag bør vektlegges like mye som ved en vanlig depresjon. Men de skriver også at pasientene som hadde hatt slag opplevde mer symptomer. Symptomene var ofte av alvorligere karakter, og kom mye hyppigere. Forskerne satte først kriteriene til at symptomene skulle være en dag i studien sin, og de så da en signifikant forskjell i hyppigheten av symptomene mellom de som hadde hatt slag og de som ikke hadde hatt slag.

Sett i lys av dette kan det være spennende å snu hele oppfattelsen til Kouwenhoven og Kirkevold på hodet og spørre seg selv: Er det vanskeligere for sykepleiere å oppdage depresjonssymptomer fordi de ser på det som en naturlig konsekvens av det å ha gjennomgått hjerneslag og tapet de lider etter slaget?

## 5.2 Informasjon til pasienten

I følge Molven (2016) har sykepleier plikt til å gi informasjon til pasienten om helsehjelpen som gis og hvorfor. Kirkevold *et al.* (2014) og Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017) finner tvert imot at pasientene følte på mangel på informasjon fra helsevesenet. Som en følge av dette kjente en av deltakerne at han følte seg forlatt av helsevesenet. Dessuten grublet flere av deltakerne over hva som var galt med dem. En slik grubling kan for det første føre til usikkerhet og negativt tankespinn, og for det andre kan usikkerheten trigge irritasjon (Bollig, Ester og Landro, 2010). Pasientene kjente særlig på denne informasjonsmangelen fra sykehuset (Kirkevold *et al.*, 2014). Dette støttes av en norsk studie som viser mangelfull pasientinformasjon fra sykehus til sykehjem etter utskrivelse. 48 prosent av pasientene hadde enten ingen eller meget mangelfulle epikriser. I 20 prosent fantes det avvik angående medisinerings. Kvaliteten av pleierapportene ble generelt vurdert som bedre enn epikrisene. 6 prosent hadde ingen helseopplysninger tilgjengelig (Bollig, Ester og Landro, 2010). Dette kan gjøre det vanskelig for sykepleiere i rehabiliteringen å innhente informasjon om pasientens forløp. Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017) finner i tillegg lite dokumentasjon på informasjon gitt til pasientene før implementeringen av SNG. Funnene er fra pasientens journal så det kan være en feilkilde at sykepleierne har gitt informasjon som ikke ble dokumentert. Likevel sammenfaller funnene med Kirkevold *et al.* (2014) og Bollig, Ester og Landro (2010).

Avslutningsvis er det viktig å nevne at kognitiv svekkelse kan også gjøre at pasienten ikke oppfatter eller husker hva som har skjedd eller blitt forklart fra personellet i akuttfasen. Så mange som 70% får forbigående kognitiv svikt som kan bedres de første ukene (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2015). Som vi ser fra studien til Kirkevold *et al.* (2014) kan også nedsatt syn etter hjerneslag gjøre at pasientene synes at det er vanskelig å ta til seg informasjon. Alt i alt vil det gjerne være hull i pasientens minne, men det kan være utfordrende for mottakende sykepleier å finne informasjon vedrørende pasientens forløp, og gi svar på eventuelle spørsmål om dette.

### 5.3 Involvering av familie

I studien til Kirkevold *et al.* (2014) oppgir en av deltakerne at det hadde vært avlastende dersom helsepersonell kunne snakket med pårørende og forklart situasjonene. Han satt igjen med en opplevelse av at de ikke forstod omfanget av det han har vært gjennom og at det var vanskelig for han selv å forklare at han aldri kom til å bli den samme igjen. Særlig vanskelig var det når det gjaldt det å kunne hjelpe dem med praktiske ting i hverdagen både kognitivt og på grunn av fatigue. Fatigue kan være et eksempel på en situasjon som kan være vanskelig for pårørende å akseptere. Videre er Fatigue en lite anerkjent senfølge av hjerneslag og kan oppfattes som latskap av de som ikke har helsefaglig bakgrunn eller kunnskap om det (Aukland og Lunde, 2021). Med hensyn til dette belyser Bronken mfl. (2012a, b., som sitert i Kirkevold (2014b) viktigheten av å ta tak i slike misforståelser: Pasient og pårørende kan stå veldig ulikt i situasjonen etter hjerneslag og dette kan føre til konflikter som er viktig at helsepersonell tar tak i (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014). Videre vil støtte fra omsorgspersoner og familie være viktig i en rehabiliteringsfase (Kouwenhoven og Kirkevold, 2013; Kirkevold *et al.*, 2014; Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir, 2017; Gardiner *et al.*, 2017; Kroese *et al.*, 2020).

Behovet for informasjon støttes av Smith mfl. (2008, som nevnt i Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2015): informasjonsbehovet er stort for både pasienten og familie. Det er sykepleierens oppgave å formidle denne informasjonen og gjenta den. Likevel finner Kirkevold *et al.* (2014) og Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017) at flere deltakere opplevde for lite informasjon fra helsevesenet. En av deltakerne i studien til Kirkevold *et al.* (2014) sier:

« They did, but there were certain things I missed, like involvement of the family. They have many unanswered questions in a situation like this, but they fall outside, so at least one information meeting for the family was important ... And then there are different issues [from patient to patient]. I do not know how clogged my blood vessel was at the time of the stroke, only how it is now. I'd like to know the change, if it is positive or negative, to try to avoid getting it once more. And the medications – what do they actually do and not? » (Man, 54 y.o./ group intervention) (Kirkevold *et al.*, 2014).

I behandlingsfasen er det viktig at omsorgspersonen får informasjon. Dersom pårørende ber om råd bør sykepleieren formidle hvordan andre har mestret rollen, ut fra litteratur eller fra egen erfaring. At omsorgspersonen får påpekt sin viktige funksjon hjelper de til å skape, videreutvikle og øke tilfredsheten med den rollen de nå har fått (Grov, 2017). Både Kroese *et al.* (2020) og Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017) ser på hvordan man kan implementere familien bedre i pasientens rehabilitering. Gardiner *et al.* (2017) finner at familien kunne avlaste helsevesenet. Mange av pasientene mente at en inkluderende familie kunne dekke behovet pasienten hadde for emosjonell støtte. Pasientene og omsorgspersonene nevnte i tillegg at det var av stor betydning å få riktig informasjon om hjerneslag. Dette hjalp først og fremst med tanke på trygghet og tilpasning. På den andre siden er det likevel viktig for omsorgspersonene at helsepersonellet hjelper til med å ivareta pasientens symptomer og helsemessige behov ved psykisk sykdom (Grov, 2017).

Omsorgspersonene ble invitert til å være med i sykepleierledet-pleie kohort. De fikk egen psykoedukasjon og støtte fra helsepersonell gjennom studien. I hjemmet var det omsorgspersonen som ga den nødvendige støtten til pasienten. De fylte derfor en viktig rolle i rehabilitering etter hjerneslag (Kroese *et al.*, 2020). Dette kan sammenlignes med Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017) som finner økt involvering av familien som en av retningslinjene i SNG. Resultatet av SNG var at familien ble mer involvert og fikk mer informasjon. At familien ble mer delaktig, kan virke inn på ensomheten til pasienten. Studien viste at 49%-60% av dagen var pasienten alene og inaktive. Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2020) underbygger viktigheten av dette: «For de fleste mennesker som blir berørt av en psykisk lidelse, er familien deres viktigste omgivelse. Familie blir alltid berørt på godt og på vondt, av personenes lidelse, og hvordan familien opptrer, kan ha mye å si for hvordan det går med pasienten på lengre sikt. Vanligvis er det riktig å si at familien er pasientens viktigste kilde til tilhørighet og støtte, og dermed også en helt sentral behandlingmessig ressurs».

På den andre siden viser resultatet til Kouwenhoven og Kirkevold (2013) at den ene gruppen i studien i begynnelsen greide seg godt og gikk gjennom en intensiv rehabiliteringsfase. Men de resignerte ofte mellom 12 og 18 måneder etter slaget og falt tilbake inn i en gråsoner der de ikke virket til å bry seg om følelser og ting som skjedde rundt dem. Felles for denne gruppen var at de var yngre personer som hadde familie og jobb å gå tilbake til. Dette kan tyde på at pasienten, og kanskje til og med familien hadde en oppfattelse av at den slagrammede skulle bli friskere enn det som var realistisk.

Deltakergruppen som hadde best resultater hadde for øvrig til felles at de hadde nær familie som var inkludert i rehabiliteringen og som var veldig støttende. Denne gruppen var eldre personer, så det kan virke som at det var større aksept for at deltakergruppen ikke måtte bli friske. En hypotese kan være at det ikke er like høye krav for at de eldre skulle bli bra igjen, på lik linje med et yngre familiemedlem. Yngre familiemedlemmer er gjerne ofte en større ressurs for familien. Det vil derfor være en større omveltning og belastning dersom et yngre familiemedlem skulle bli slagrammet, og kanskje aldri bli helt frisk. Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2014) skriver at eldre personer er ofte

allerede i et pasientforløp. I pasientforløpet formes et samspill mellom sykdom og hjelpeapparatets form og funksjon. I denne aldersgruppen har 80-90% vært innlagt på sykehus og 60-70% vært innlagt på sykehjem. Det er en naturlig biologisk aldringsprosess at vi eldes og med dette kommer også en mer naturlig aksept for å bli hjelpetrengende. De eldre har levd et liv.

Videre skriver Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2020) at den nedstemt følelsen kan bli som frosset fast. De negative tankene om seg selv, om framtiden og om man holder ut et slikt liv, kan bli overveldende. Med tanke på dette vil det være naturlig at en slagoverlever som er ferdig med jobblivet, og allerede er i et pasientforløp, har lettere for å akseptere tilstanden enn en yngre person med livet foran seg - som fortsatt er i jobb og har familie å forsørge og sørge for. Tapet blir større. Når det gjelder hvordan familien påvirker rehabiliteringen hos eldre kontra yngre trengs det mer forskning.

Avslutningsvis nevnes en pasientgruppe som kanskje er enda mer avhengig av at familien er involvert er de med språkproblemer. Kirkevold *et al.* (2014) ser i sin intervensjon at det å kunne gi god sykepleie til slagpasienter med afasi var avhengig av at de hadde med seg noen som kjente de godt gjerne en person i nær familie.

## 5.4 Psykoedukasjon

I moderne behandling av psykiske lidelser, spesielt stemningslidelser er psykoedukasjon svært viktig (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Aktiv psykoedukasjon og emosjonell støtte gjennom rådgivning med oppmerksomhet på trygghet, avtagende usikkerhet og bekymringer hjalp på følelsesmessig velvære hos sykepleierledet-pleie kohorten. Personens humør, kunnskap om hjerneslag og tilfredshet er noe aktiv psykoedukasjon hadde god effekt på ifølge studien. Gjennom aktiv psykoedukasjon fikk pasienter informasjon gjennom direkte kommunikasjon i motsetning til å få informasjonspakker sendt til hjemmet. Sykepleieren søker å gi rådgivning til pasienten som kan støtte den emosjonelle reisen for å håndtere de omfattende endringene i livet etter hjerneslaget (Kroese *et al.*, 2020).

Den nederlandske studien til Kroese *et al.* (2020) skriver tvert imot at dagens tjenester ikke systematisk tar for seg psykososiale utfall selv om de er anbefalt av de internasjonale slagretningslinjene. Dette selv om sykepleie med et terapeutisk design som gir psykoedukasjon og emosjonell støtte ville kunne passe inn i primærhelsetjenesten. Med hensyn til dette er rutinemessig oppfølging av hjerneslag og sykepleie etter hjerneslag derfor verdifullt for å kunne gi psykoedukasjon til pasienter etter hjerneslag. Gardiner *et al.* (2017) skriver at Storbritannias retningslinjer for hjerneslag sier at psykologer er viktige i et tverrfaglig slagteam. Funnene fra denne studien viser imidlertid mangel på psykologisk ekspertise under behandling av slagpasienter.

Den norske studien til Kirkevold *et al.* (2014) belyser disse fakta: Det norske helsevesen er etter samhandlingsreformen organisert slik at det er kommunene og sykepleiere som har ansvaret for å ivareta psykisk støtte til mestring etter hjerneslag. De fant at det i de fleste tilfeller er grunnutdannede sykepleiere som gir psykisk helsehjelp til slagrammede. Dette tatt i betraktning viser viktigheten av mer opplæring innen psykoedukasjon for sykepleiere som dekker denne rollen.



## 5.5 Fysisk aktivitet og mobilisering

Teori og forskning underbygger at fysisk aktivitet er en av de viktigste hovedtemaene for å forebygge depresjon. Likevel fant vi bare en studie som skrev om fysisk aktivitet, sykepleie og hjerneslag i vårt avgrensede søk. For de fleste pasienter som har gjennomgått hjerneslag vil ikke fysisk aktivitet lenger være som før. I følge Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2015) er den motoriske funksjonssvikten er kjent konsekvens av hjerneslag. Tidlig mobilisering er viktig for å avdekke pasientens funksjon og forebygger dyp venetrombose, lungeemboli, pneumoni, kontraktur og trykksår. Tidlig mobilisering har også en gunstig psykisk effekt. Imidlertid kan ulik mobilisering føre til usikkerhet hos pasienten (Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir, 2017). Det er altså en kompleks pasientgruppe som skal rehabiliteres. Dette underbygges av Lode (2017): hva som er den beste sykepleien til pasienten kan skape et dilemma blant sykepleierne, når det er flere alternativer til pleien. Dette kan skape usikkerhet hos sykepleieren som igjen skaper usikkerhet hos pasienten. Usikkerhet øker graden av stress (Lode, 2017). I tillegg fører stress til økt blodtrykk som igjen er predisponerende for nytt hjerneslag. På den andre siden er fysisk aktivitet anbefalt for å forebygge høyt blodtrykk (Helsedirektoratet, 2017c).

Dette tatt i betraktning, underbygger viktigheten av SNG. Blant annet ble postere for hvordan man mobiliserer pasientene festet på veggen til pasientene slik at både pasienten, pleiere og omsorgspersonene skulle se dem. Dette førte til at helsepersonellet ble mer bevisst på hvordan de utførte mobilisering og forflytting og pasienten slapp å bekymre seg over forskjeller mellom ulike personer. Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017) finner at implementeringen av SNG førte til større oppmerksomhet på fysisk aktivitet hos slagpasienten. Hummelvoll (2012) skriver at fysisk aktivitet har en egenverdi, spesielt for de med mild og moderat depresjon. Det er dokumentert at fysisk aktivitet kan forebygge depresjon, og tilbakefall av depresjon. Mange opplever at de får kontroll over egen kropp som igjen øker selvtilliten. Et resultat av dette kan være en depresjon som reduseres raskere.

Sykepleiere og pårørende er gjerne de som er mest rundt pasienten i tid og hyppighet. SNG førte til at sykepleierne ble mer delaktige i fysioterapeutenes jobb med slagpasientene. Et eksempel er at de i mye større grad tenkte hva som var mulig å få til. Når pasient skulle på do og måtte ha hjelp til det, greide sykepleieren å motivere pasienten til at: «We now say: Do you need to go to the toilet? Yes, great! That is exercise(laughs)»- Bjartmarz, Jónsdóttir og Hafsteinsdóttir (2017). Her ser en hvordan grunnleggende behov kan implementere fysisk aktivitet og hvor tidlig etter slaget en kan begynne å jobbe med det.

## 5.6 Sykepleiefaglige implikasjoner

Da det i flere av studiene var mangel på kunnskap hos sykepleiere angående depresjon kan det være at det er for lite oppmerksomhet på psykisk helse hos de som primært har en somatisk sykdom. De med somatiske sykdom kan utvikle depresjon. Forslag til videre forskning kan være at det i sykepleierutdanningen blir belyst at psykiatri og somatikk kan overlape hverandre. At pasientens psykososiale helse får mer oppmerksomhet, kan bli et resultat hvis det forskes på hva som ligger til grunn for depresjon etter hjerneslag, og at det blir satt i gang rutiner rundt identifisering av hjerneslag.

## 6 Konklusjon

Kunnskap hos sykepleiere, god informasjon tilrettelagt den enkelte pasient samt god journalføring kan være med å identifisere depresjon tidlig fordi det er lettere å oppdage symptomer og symptomenes omfang. God informasjon er med på å skape ro og forståelse for pasienten og hjelpe pasienten videre for å kunne komme i gang med en sorgprosess. Flere av studiene belyser at tapet, sorgen og post-stroke-depresjon vil være mer eller mindre parallelle opplevelser for pasienten. Det medfører at de må sees i sammenheng, men ikke hindre hverandre. En må være forsiktig med å se bort fra depresjonssymptomer fordi de er naturlige reaksjoner på tapet de har lidd. En må heller være klar over at tapet vil kunne gi depresjonssymptomer som også er en naturlig reaksjon for å komme i gang med en sorgprosess. Dette er viktig for å kunne bearbeide og jobbe seg videre i livet etter hjerneslag. Symptomene kan allikevel være fraværende og vise seg som en grå-tilværelse med avflatet sanselig opplevelse, eller vedvare og være tidlige symptomer på at pasienten er på tur inn i en depresjon og bør da henvises til intervensjon eller psykoedukasjon. Forskning viser at intervensjoner kan gis i kommunen av sykepleiere med grunnutdanning uten at det vil være for vanskelig å få til.

De fleste av studiene fra Norge viser at sykepleiere har for lite kunnskap om rehabilitering etter hjerneslag, selv om Norge har nasjonale retningslinjer etter hjerneslag. Studien fra Island som forsker på implementering av Stroke nursing guidelines er god, og den viser gode resultater. Siden resultatene av bruk av Stroke Nursing Guidelines var så gode burde det implementeres i Norge på samme måte, med søkelyset satt på rehabilitering etter hjerneslag, kunnskap og journalføring. Bare på denne måten vil personalgruppen bli motivert til å gjøre et faglig løft innen emnet og kunne gi god oppfølging og sykepleie til en pasientgruppe som ser ut til å øke voldsomt i omfang i de kommende årene. Slik kan depresjon forebygges. For tross alt – Vi skal alle dø en dag, men alle andre dager skal vi leve.

## 7 Litteraturliste

Almås, H., Stubberud, D.-G. og Grønseth, R. (red.) (2015) *Klinisk Sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Aukland, I. og Lunde, S. (2021) *Slik beviste de at fatigue ikke er latskap*. Tilgjengelig fra: <https://helse-stavanger.no/om-oss/nyheter/slik-beviste-de-at-fatigue-ikke-er-latskap?fbclid=IwAR1bgQfV3HDixWK2EX2zySQaKnFGNSFjuJMrSsR0vYSt5YYRvyNrcALIYP4> (Hentet: 11.mai 2023).

Bertelsen, A. K. (2019) Sykdommer i nervesystemet, i Bach-Gansmo, E. og Ørn, S. (red.) *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 321-343.

Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H. og Hafsteinsdóttir, T. B. (2017) Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: A mixed methods study, *BMC Nursing*, 16(1), s. 72-72. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0262-y>

Bollig, G., Ester, A. og Landro, I. S. (2010) Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem., 5(4). <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0017>

Dahl, K. og Skaug, E.-A. (2014) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie, i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie - Grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 15-58.

de Man-van Ginkel, J. M. *et al.* (2015) Clinical Manifestation of Depression after Stroke: Is It Different from Depression in Other Patient Populations?, *PLoS One*, 10(12), s. e0144450. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144450>

Gardiner, C. *et al.* (2017) Psychological and emotional needs, assessment and support post-stroke: a multi-perspective qualitative study, *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(2), s. 119-125. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1196908>

Graverholt, B., Jamtvedt, G. og Nortvedt, M. W. (2016) Kunnskapsbasert praksis, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm, s. 179-191.

Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) (2016) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm.

Grov, E. K. (2017) Om å være pårørende, i Heggstad, A. K. T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm, s. 327-343.

Gustin, L. W. (2021) *Psykologi for sykepleiere*. Fagbokforlaget. Tilgjengelig fra: [https://issuu.com/fagbokforlaget/docs/psykologi\\_for\\_sykepleiere\\_2](https://issuu.com/fagbokforlaget/docs/psykologi_for_sykepleiere_2). utg. 9788245035520 .

Hellesø, R. (2016) Pasientjournalen og prinsipper i journalføring, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm, s. 209-243.

Helsebiblioteket (2021a) *Kunnskapsbasert praksis*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis> (Hentet: 13.april 2023).

Helsebiblioteket (2021b) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor> (Hentet: 11.mai 2023).

Helsedirektoratet (2017a) *Depresjon og emosjonell labilitet*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/depresjon-og-emosjonell-labilitet#tiltak-ved-depresjon-praktisk> (Hentet: 13.mai 2023).

Helsedirektoratet (2017b) *Depresjon og emosjonell labilitet*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/depresjon-og-emosjonell-labilitet#tiltak-ved-depresjon-praktisk> (Hentet: 8.mai 2023).

Helsedirektoratet (2017c) *Blodtrykkssenkende behandling*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/sekundaerforebygging-undersokelse-og-behandling-ved-hjerneslag/blodtrykkssenkende-behandling?fbclid=IwAR2tPP39sXWiNw0Es-goU1\\_KbSUNIGAuGE4LpvgUuAqq6XzdXZJZNeEQKZU#rad-og-veiledning-om-levevaner-som-optimaliserer-blodtrykket-etter-hjerneslag-eller-tia](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/sekundaerforebygging-undersokelse-og-behandling-ved-hjerneslag/blodtrykkssenkende-behandling?fbclid=IwAR2tPP39sXWiNw0Es-goU1_KbSUNIGAuGE4LpvgUuAqq6XzdXZJZNeEQKZU#rad-og-veiledning-om-levevaner-som-optimaliserer-blodtrykket-etter-hjerneslag-eller-tia) (Hentet: 12.mai 2023).

Helsedirektoratet (2020) *Flere overlever hjerteinfarkt og hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/flere-overlever-hjerteinfarkt-og-hjerneslag> (Hentet: 11. april 2023).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 8.mai 2023).

- Hummelvoll, J. K. (red.) (2012) *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkevold, M. (2014a) Kartlegging, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 122-142.
- Kirkevold, M. (2014b) Hjerneslag, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 464-478.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (2014) *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. *et al.* (2014) Promoting psychosocial wellbeing following stroke using narratives and guided self-determination: a feasibility study, *BMC Psychology*, 2(1), s. 4-4. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-4>
- Kouwenhoven, S. og Kirkevold, M. (2013) Å leve med depresjon etter hjerneslag, 2013(4). <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0134>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. (2014) Om sykepleie, i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie - Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 15-28.
- Kroese, M. E. A. L. *et al.* (2020) Nurse-led stroke aftercare addressing long-term psychosocial outcome: a comparison to care-as-usual, *Disability and Rehabilitation*, 44(12), s. 2849-2857. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1849417>
- Kvaal, K. (2014) Angst og depresjon, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 438-449.
- Lode, K. (2017) Mestring, i Heggstad, A. K. T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm, s. 40-54.
- Molven, O. (2016) Pasienters og brukeres rettigheter og plikter, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm, s. 70-102.
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (2020) *norsk hjerneslagregister*. Tilgjengelig fra: <https://www.kvalitetsregistre.no/register/hjerte-og-karsykdommer/norsk-hjerneslagregister> (Hentet: 11.april 2023).
- Norsk Sykepleierforbund (u.å) *Hva gjør en sykepleier?* Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/nsf-student/hva-gjor-en-sykepleier> (Hentet: 8.mai 2023).
- NTNU (2018) *Kontrollerte emneord*. Tilgjengelig fra: <https://www.youtube.com/watch?v=EmNyOTL2dcQ> (Hentet: 15.mai 2023).
- NTNU (2020) *Nøkkelord og emneord*. Tilgjengelig fra: <https://www.youtube.com/watch?v=krba6X3WRKI> (Hentet: 15.mai 2023).
- Regjeringen (2019) *Bedre tilbud til slagpasienter*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2019ny/bedre-tilbud-til-slagpasienter/id2679904/> (Hentet: 8.mai 2023).
- Shi, Y. *et al.* (2017) Risk Factors for Post-stroke Depression: A Meta-analysis, *Front Aging Neurosci*, 9, s. 218. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00218>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2018) *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stanicke, E. (2020) *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Thidemann, I.-J. (2020) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Universitetet i sør-øst Norge (2018/2019) *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. Tilgjengelig fra: <https://www.studocu.com/no/document/universitetet-i-sorost-norge/sykepleievitenskap-2/teoretiske-perspektiver-pa-sykepleie/17191154> (Hentet: 8.mai 2023).
- Wergeland, A., Ryen, S. og Ødegaard-Olsen, T. G. (2015) Sykepleie ved hjerneslag, i Almås, H., Stubberud, D.-G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 261-283.



