

Silje Marie Kjølrand Johnsen

Selvmordsforebygging etter hjerneslag

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Lisbeth Kvam

Mai 2023

Silje Marie Kjøland Johnsen

Selvordsforebygging etter hjerneslag

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Lisbeth Kvam

Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Institutt for psykisk helse



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Selvmordsforebygging etter hjerneslag

Selv mord er ofte ikke snakket om i dagens samfunn, men likevel dør mange av selvmord hvert år. Pasienter med hjerneslag er ofte en utsatt pasientgruppe for selvmord, særlig om de opplever depresjon i etterkant av slaget. Post-slag depresjon er likevel oversett av helsepersonell, siden de depressive symptomene ligner på andre konsekvenser av slaget. Som helsepersonell må vi ha økt fokus på dette, og se på behandlingsmetoder mot PSD slik at vi kan forebygge selvmord. Hensikten med oppgaven er derfor å undersøke om antidepressiva og samtalebehandling fungerer effektivt mot post-slag depresjon, slik at selvmordsfaren hos slagpasienter minker. Litteraturstudie er metoden som blir brukt for å undersøke dette. Gjennom litteraturstudie er det funnet fram til fem forskningsartikler og annen litteratur om dette. I forskningsartiklene vises det til positive funn knyttet til antidepressiva og samtalebehandling. Det blir trukket fram at antidepressiva fungerer effektivt alene mot moderat og alvorlig depresjon, men også sammen med samtalebehandling. Videre blir det vist til at samtalebehandling har best effekt ved mild til moderat depresjon. Helsepersonell må derfor undersøke hva slags depresjon pasienten har, før det settes i verk tiltak mot depresjon. Da diagnosen er satt, kan man enten bruke antidepressiva eller samtalebehandling for å behandle PSD effektivt. Om PSD blir behandlet effektivt, kan slagpasienter oppleve økt livskvalitet, funksjonsbedring og større muligheter for overlevelse. Dette vil kunne være med på å redusere selvmordsfaren blant slagpasienter. Videre er det for lite forskning på disse behandlingsmetodene, og derfor trengs det ytterligere mer forskning for å styrke disse funnene nærmere. Dette gjelder ikke antidepressiva alene, men gjelder om antidepressiva kombinert med samtalebehandling, og om de ulike samtaleterapiformene.

Nøkkelord: Post-slag depresjon, hjerneslag, selvmordsfare, antidepressiva og samtaleterapi

Antall ord: 6873

Abstract

Title: Suicide prevention after stroke

Suicide is barely talked about in today's society, but still many people die of suicide every year. Stroke patients are often a vulnerable group of committing suicide, especially if they experience depression after the stroke. Anyway, post-stroke depression is ignored by healthcare workers since the depressive symptoms are similar to other consequences of the stroke. Healthcare workers must have increased focus on this and look at treatment methods against PSD, so we can prevent suicide. The purpose of the task is therefore to investigate whether antidepressants and conversation therapy works effectively against post-stroke depression, so the risk of suicide in stroke patients decreases. Literature study is the method used to investigate this. Through literature study, five research articles and other literature on this were found. The research articles show positive findings related to antidepressants and conversation therapy. It is highlighted that antidepressants work effectively alone against moderate and severe depression, but also combined with conversation therapy. Furthermore, it is shown that conversation therapy works most effectively against mild to moderate depression. Healthcare workers must therefore investigate what type of depression the patient has before interventions against depression are implemented. When the diagnose is clarified, antidepressants or conversation therapy can be used to treat PSD effectively. If PSD is treated effectively, stroke patients can experience increased quality of life, functional improvement, and greater chances of survival. This could help to reduce the risk of suicide among stroke patients. Furthermore, there is not enough existing research on the treatment methods, and therefore more research are needed to further strengthen these findings. This does not apply to antidepressants alone, but applies to antidepressants combined with conversation therapy, and to the various forms of conversation therapy.

Key words: Post-stroke depression, stroke, risk of suicide, antidepressants and conversation therapy

Number of words: 6873

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Avgrensning	5
1.3 Hensikt	5
1.4 Begrepsavklaring	5
1.5 Oppgavens disposisjon	5
2.0 Teori	6
2.1 Hjerneslag	6
2.2 Post-slag depresjon (PSD)	6
2.2.1 PSD og lavere livskvalitet	7
2.3 Selvmord	7
2.3.1 Risikofaktorer for selvmord ved hjerneslag	7
2.4 Behandlingsstrategier for PSD	8
2.4.1 Samtalebehandling	8
2.4.2 Antidepressiva	8
2.5 Vernepleierens relasjonskompetanse	9
3.0 Metode	9
3.1 Fremgangsmåte	9
3.2 Søkeshistorikk	11
3.3 Litteratormatrise	11
3.4 Analyse	16
4.0 Resultater	17
4.1 Bedring av depresjon	17
4.2 Økt velvære og fungering i hverdagen	19
4.3 Økt overlevelse	20
5.0 Diskusjon	20
5.1 Selvmordsfare og pasientens depressive tilstand	20
5.1.1 Effekten av samtalebehandling	21
5.1.2 Effekten av antidepressiva	22
5.2 Selvmordsfare og pasientens velvære og fungering	23

5.2.1 Økt livskvalitet gir redusert selvmordsfare	23
5.3 Overlevelse og antidepressiva	25
5.4 Metodediskusjon	25
6.0 Konklusjon	27
7.0 Litteraturliste	28

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Til denne oppgaven har jeg valgt å ta for meg selvmordsforebygging etter hjerneslag. Som vernepleier vil man møte pasienter med hjerneslag på ulike arenaer, som for eksempel på ulike rehabiliteringsavdelinger. Hjerneslag rammer mange i befolkningen, og gir uheldige konsekvenser, som for eksempel psykiske problemer. Psykiske problemer etter hjerneslag blir ofte oversett av helsepersonell, deriblant post-slag depresjon. Post-slag depresjon kan i noen tilfeller føre til selvmord, og derfor må helsepersonell ta denne tilstanden på alvor. Det er grunnen til at jeg ønsker å undersøke om dette nærmere.

1.2 Avgrensning

Oppgaven vil fokusere kun på bruk av antidepressiva og samtalebehandling ved post-slag depresjon. Siden antidepressiva og samtalebehandling er veldokumenterte behandlingsstrategier for å forebygge post-slag depresjon. Oppgaven vil også kun basere seg på positive resultater, selv om det finnes negative resultater på de nevnte behandlingsstrategiene. Denne avgrensningen kommer av oppgavens omfang.

1.3 Hensikt

Denne litteraturstudien har som hensikt å undersøke om antidepressiva og samtalebehandling fungerer effektivt mot post-slag depresjon, slik at selvmordsfaren hos slagpasienter minker. På bakgrunn av dette lyder problemstillingen min som følger: *«Hvilken effekt har samtalebehandling og antidepressiva på post-slag depresjon, og hvordan kan helsepersonell bidra slik at selvmordsfaren hos slagpasienter minker?»*. Ulike forskningsartikler vil legges frem for å belyse temaet nærmere, samt annen relevant teori.

1.4 Begrepsavklaring

Begrepet «helsepersonell» blir brukt i problemstillingen fordi det finnes minimalt med forskning på området rettet mot spesifikt vernepleiere. Vernepleier inngår imidlertid i definisjonen av helsepersonell, siden helsepersonell defineres i helsepersonelloven som personell med autorisasjon og jobber i helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §3).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er inndelt i flere underkapitler for å gi en oversikt over hva oppgaven vil handle om. Relevant teori for oppgaven vil bli presentert i kapittel 2. I kapittel 3 vil metodikken og analyse av forskningsartiklene bli presentert. Videre i kapittel 4 vil funn fra studiene bli lagt fram, som sammen med teorien blir utgangspunktet for diskusjonen i

kapittel 5. I kapittel 5 vil de ulike resultatene bli sammenlignet, slik at jeg kan komme fram til en konklusjon i kapittel 6. Referansene som er brukt i oppgaven, vil bli lagt ved i siste del av oppgaven.

2.0 Teori

2.1 Hjerneslag

Hjerneslag blir ofte definert som: «*En plutselig skade på hjernevevet som følge av at blodtilførselen til et område av hjernen plutselig opphører på grunn av hjerneinfarkt eller blødning fra en arterie i hjernen*» (Bertelsen, 2019, s.326). Hvert år får omtrent 13 000 mennesker i Norge hjerneslag, enten for første gang eller etter å ha hatt hjerneslag før. Forekomsten av hjerneslag er hyppigst blant eldre, men kan også ramme yngre ned i 20-årsalderen. Ofte er eldre mer utsatt for alvorlige og større hjerneslag enn yngre (NHI, 2023; Helsenorge, 2020; Kirkevold, 2020, s.474). Et hjerneslag kan brutalt endre et menneskes liv, ved at den fysiske, kognitive, kommunikative og emosjonelle funksjonen kan endres. Den kognitive og motoriske funksjonsnedsettelsen kan påvirke pasientens daglige fungering, ved at man opplever halvsidig lammelse med slappe paseser i arm, bein og nedre ansiktshalvdel, og har språkforstyrrelse og uklar tale. Det gir også andre konsekvenser, men er ikke like uttalte, og nevnes derfor ikke. Hyppige emosjonelle plager er depresjon, angst og utmattelse, hvor depresjon vil utdypes nærmere om i oppgaven. På tross av alle disse plagene kan slagrammede oppleve god livskvalitet og høy grad av tilfredshet, så fremt de opplever vedvarende bedring av de nevnte symptomene. Noen av symptomene vil ikke kunne bedres, og dermed må man innstille seg på å leve et liv med funksjonstap eller ettervirkninger (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s.335; Kirkevold, 2020, s. 473-474).

2.2 Post-slag depresjon (PSD)

Post-slag depresjon er forkortet som PSD, og er betegnelsen jeg kommer til å bruke i oppgaven. PSD er en alvorlig følgetilstand av hjerneslag, fordi den er forbundet med økt dødelighet, lavere funksjonsbedring og livskvalitet. Det estimeres at om lag 1/3 av pasientene med hjerneslag får depresjon i løpet av det første året etter slaget (Kirkevold, 2020, s.479). Videre er det anslått at rundt 30% har depresjon i løpet av de første fem årene etter slaget. Det indikerer at depresjon er hyppigst i akutfasen enn senere i forløpet. Årsaken til hvorfor depresjon oppstår, er forklart ut ifra både patofysiologiske mekanismer og psykososiale reaksjoner på de store endringene etter slaget (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s.335-336).

Ifølge Kouwenhoven & Kirkevold (2013) fremtrer de depressive symptomene både kroppslig, følelsesmessig og kognitivt. Vanlige depressive symptomer er: nedstemthet,

reduisert interesse, endret appetitt, søvnforstyrrelser, rastløshet, mangel på energi, følelse av verdiløshet, redusert tanke- eller konsentrasjonsevne og selvmordstanker. PSD blir ofte oversett, selv om forekomsten er høy, siden de depressive symptomene ligner på andre følger av slaget. Det er derfor viktig at vi som helsepersonell er oppmerksom på dette (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s.335).

2.2.1 PSD og lavere livskvalitet

Som nevnt over, er PSD forbundet med lavere livskvalitet (Kirkevold, 2020, s.479). Ifølge Nes m.fl. (2021) er «livskvalitet» et vidt begrep, og er bestående av et subjektivt og et objektivt aspekt. Det subjektive aspektet handler om hvordan livet oppleves av den enkelte, imens det objektive aspektet handler om sentrale sider ved livssituasjon. Hvordan livet oppleves, vil ha sammenheng med hvordan livet blir vurdert som helhet, hvor sentrale livsarenaer og fungering i det daglige er av betydning. Det å oppleve «god livskvalitet» blir videre nevnt som en viktig verdi og et ønskemål, siden trivsel, engasjement og livsglede er gunstig for den enkeltes helse og levealder. Siden «livskvalitet» er nært forbundet med den enkeltes helse, blir det viktig å forebygge fysisk og psykisk sykdom. For det å oppleve fysisk og psykisk sykdom vil kunne påvirke trivselen til den enkelte, alt etter hvor alvorlig tilstanden er (Nes m.fl. 2021).

2.3 Selvmord

Selvord blir ofte definert som: «*En bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv, og skadene har ført til døden*» (Walby & Myhre, 2020, s.189). Hvert år dør om lag 800 000 mennesker i verden til selvmord. Det betyr at selvmord er relativt hyppig blant befolkningen, og det skjer i alle aldre, men spesielt hos de mellom 20 og 60 år (Walby & Myhre, 2020, s.190). Flere forskningsstudier på selvmordsdød ved hjerneslag, indikerer at risikoen for selvmordsdød er omtrent to ganger høyere enn i befolkningen generelt (Hong m.fl. 2018, s.135; Teasdale & Engberg, 2001, s.863; Eriksson m.fl. 2015, s.1732). Slagpasienter har dermed en stor selvmordsfare, sammenlignet med andre. Selvmordsfaren er imidlertid størst de første fem årene etter hjerneslaget, og selvmord blir ofte gjennomført på en ikke-voldelig og ikke-impulsiv og overlatt måte (Pompili m.fl. 2014, s.21-24).

2.3.1 Risikofaktorer for selvmord ved hjerneslag

Å undersøke hvilke risikofaktorer for selvmord ved hjerneslag som finnes, er viktig for å kunne få rede på hvem som har økt selvmordsfare blant slagpasienter. Hong m.fl. (2018) og Pompili m.fl. (2014) har undersøkt risikofaktorer for selvmord ved hjerneslag, og nevner at mulige risikofaktorer kan være: tidligere selvmordsforsøk, stemningslidelse og hjerneslag, kognitiv svikt, ung alder, sosial isolasjon, lav utdanning, fysisk funksjonshemming, diabetes, store subkortikale og hjernestammelesjoner. Det blir også

nevnt at tretthet eller utmattelse, søvnløshet og smerter hos slagoverlevende er nært assosiert med selvmordstanker. Videre nevner de at PSD er den største risikofaktoren av alle de nevnte risikofaktorene, og burde derfor vurderes i implementeringen av selvmordsforebyggende strategier (Hong m.fl. 2018, s.135-137; Pompili m.fl. 2014, s.21-24). Denne risikofaktoren vil derfor bli videre diskutert om i oppgaven.

2.4 Behandlingsstrategier for PSD

2.4.1 Samtalebehandling

En ikke-medikamentell terapiform er samtalebehandling, og eksempler på slike er problemløsningsterapi og kognitiv terapi. Samtalebehandling er ofte førstevalget ved mild til moderat depresjon, og brukes også i kombinasjon med antidepressiva ved alvorlig depresjon (Helsenorge, 2021). Problemløsningsterapi og kognitiv terapi deler mange av de samme prinsippene, men vil presenteres hver for seg, siden det er to forskjellige terapiformer. Dette er terapiformer som blant annet praktiseres av vernepleiere (Aldring og helse u.å.).

Problemløsningsterapi (PLT) foregår som en strukturert og løsningsorientert samtale, hvor man fokuserer på hvilke spesifikke problemer pasienten strever med. Etter at pasienten har valgt et problem å fokusere på, går man gjennom sju trinn for å komme frem til et handlingsforløp (Aldring og helse, u.å.; Robinson m.fl. 2008, s.2393). Ved kognitiv terapi er man derimot mer opptatt av å forstå hva som gjør at plagene vedlikeholdes og ikke går over. Hensikten med behandlingsmetoden er å hjelpe pasienten til selv å gjøre noe for å bryte ut av negative tanke- og atferdsmønstre som bidrar til å vedlikeholde den psykiske lidelsen. For ved depresjon blir både våre følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og atferd negativt påvirket. Innen kognitiv terapi har vi ulike undergrupper, som for eksempel kognitiv atferdsterapi (KAT) og aksept- og forpliktelsesterapi (ACT). Disse behandlingsmetodene vektlegger forskjellige ting, hvor ACT legger vekt på tre aspekter: 1) å akseptere lidelsen forårsaket av hjerneslag, 2) å være fokusert på nåtiden og velge en meningsfull handlingsprosess og 3) å begå positiv handling og vilje til å overvinne hindringene. ACT kan enten foregå som individuell- eller gruppebasert behandling. KAT legger mer vekt på å arbeide med uhensiktsmessige tanker, tankemønstre og atferd (Martinsen & Gonzalez, 2020, s.376-379; Helse-bergen, 2020; Niu m.fl. 2022, s.3).

2.4.2 Antidepressiva

Antidepressiva er en vanlig medikamentell terapiform ved depresjon, og er oftest førstevalget ved alvorlig depresjon (Helsenorge, 2021). Antidepressive legemidler kan deles inn i to undergrupper: førstegenerasjons- eller andregenerasjons antidepressiver. Det er primært andregenerasjons antidepressiver, som for eksempel SSRI som er den

foretrukne behandlingen for slagoverlevende med selvmordsrisiko (Tanum, 2020, s.399; Pompili m.fl. 2014, s.21). Ved manglende respons med SSRI kan et trisyklisk medikament vurderes. Trisykliske antidepressiver burde imidlertid begrenses på grunn av mer skadelige effekter (Tanum, 2020, s.400; Starkstein & Hayhow, 2019, s.4) I de inkluderte artiklene nevnes både SSRI og trisykliske medikamenter. Eksempler på SSRI medikamenter er: escitalopram, paroksetinhydroklorid og fluoksetin. Et eksempel på trisyklisk medikament er: nortriptylin. Legemidlene virker stabiliserende på følelseslivet, i tillegg til at det er en del bivirkninger forbundet med oppstart av medikamentene, som blant annet økt selvmordsfare. Dette er spesielt viktig å ta høyde for om pasienten har betydelig selvmordsfare fra før (Helsenorge, 2021).

2.5 Vernepleierens relasjonskompetanse

Vernepleierens relasjonskompetanse er avgjørende i det terapeutiske arbeidet med psykiske lidelser (Gonzalez, 2020, s.58). Som vernepleier har vi ulike kjerne roller, som blant annet partnerrollen. Partnerrollen kan knyttes til det relasjonelle arbeidet, siden det har fokus på relasjonen med den enkelte pasient. I partnerrollen er det viktig å innta et partnerperspektiv og å være i partnermodus. Å innta et partnerperspektiv vil si å være i dialog og møte vedkommende på en anerkjennende måte, gjennom aktiv lytting og følge den andres interesser og vilje. Å være i partnermodus vil si at man som vernepleier er til stede for den andre i øyeblikket, gjennom å vise engasjement i den andres livsverden (Brask m.fl. 2016, s.69-70). Ut ifra dette kan vi utvikle en relasjon med den vi hjelper. Videre er «tillit» et nøkkelord innenfor relasjonsarbeid, siden en god relasjon bygger på et gjensidig tillitsforhold mellom partene. Det å etablere et tillitsforhold er viktig for å kunne starte et samarbeid med pasienten om endring og bedring. Gjennom et gjensidig tillitsforhold vil pasienten kunne åpne seg opp og fortelle om det som er vanskelig lettere, og dermed komme i gang med gode bedrings- og endringsprosesser (Gonzalez, 2020, s.58-59; Martinsen & Gonzalez, 2020, s.379).

3.0 Metode

Denne oppgaven er utført som en litteraturstudie, hvor man systematiserer kunnskap fra ulike skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s.77). Litteraturstudie er en hensiktsmessig metode å bruke for å besvare oppgavens problemstilling, siden problemstillingen krever informasjon fra ulike kunnskapskilder på området.

3.1 Fremgangsmåte

Det første trinnet i en litteraturstudie er å gjennomføre et innledende litteratursøk (Thidemann, 2019, s.81). Jeg foretok et innledende litteratursøk i databasene Oria og PubMed for å få en oversikt over omfanget av litteratur og forskning knyttet til temaet.

Først søkte jeg på norsk, men da det var begrensede søkeresultater valgte jeg å gå over til engelsk. I søkene så jeg etter litteratur som omhandlet risikofaktorer for selvmord ved hjerneslag, og så videre etter informasjon om hvilke selvmordsforebyggende strategier som finnes.

Neste steg i en litteraturstudie er å gjennomføre et systematisk litteratursøk. Jeg utarbeidet et PICO-skjema for å identifisere hvilke søkeord jeg ville bruke i mitt systematiske litteratursøk. Rammeverket PICO står for «population/patient/problem», «intervention», «comparison» og «outcome» (Thidemann, 2019, s.82). Alle delene utenom C'en ble inkludert, siden fokuset ikke er på sammenligning av tiltak. I tabell 1 kan du se PICO-skjemaet som ble brukt.

Tabell 1. PICO-skjema (hentet ut fra Thidemann, 2019, s.84)

P Population/patient/problem	I Intervention	O Outcome
Post-slag depresjon, dødelighet	Antidepressiva, kognitiv atferdsterapi, kombinasjonsbehandling	Redusere selvmordsfaren
Post-stroke depression, mortality	Antidepressants, cognitive behavioral therapy, combination therapy	Reduce the risk of suicide

Jeg valgte å utføre søkene i PubMed og Web of Science, siden de publiserer relevante medisinske forskningsartikler på feltet jeg ønsker å undersøke. Utenom disse databasene har jeg benyttet meg av støttelitteratur fra pensum og nettet, for å kunne innhente relevant teori til oppgaven. Følgende inklusjonskriterier ble brukt: 1) fagfellevurderte artikler, 2) publisert siste 20 år og 3) handler om antidepressiva eller samtalebehandling. Disse inklusjonskriteriene ble brukt for å kunne finne fram til aktuelle artikler. Jeg valgte artikler fra de siste 20 år og fra land innenfor eller utenfor Europa, siden jeg fant begrenset med forskning på området. Land som Kina ble derfor valgt, selv om den kulturelle konteksten mest sannsynlig skiller seg fra den norske. Alle de inkluderte forskningsartiklene er kvantitative artikler, i form av randomisert kontrollert studie (RCT) eller effektstudie. Dette forskningsdesignet ble bestemt ut ifra at kvantitative metoder som RCT er nyttig for å studere effekt av tiltak (Thidemann, 2019, s.71). Artikler som ikke benyttet dette forskningsdesignet, ble ekskludert.

En kvalitetsvurdering av hver artikkel ble gjort ut ifra sjekklister fra Helsebiblioteket (2021), som for eksempel «sjekkliste for vurdering av RCT». Sjekklister er nyttig å bruke for å kritisk vurdere den metodiske kvaliteten i vitenskapelige artikler.

3.2 Søkehistorikk

Søkehistorikken vil bli presentert i tabell 2 og 3 nedenfor, for å lage en oversikt over hvilke systematiske søk som ble gjort i hvilken database og etter hvilken dato.

Utformingen av søketabellene er inspirert fra Thidemann (2019, s.89).

Tabell 2. Søkehistorikk fra PubMed:

Søkedato	Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
18.04.23	1	Cognitive behavioral therapy for depression after stroke	Avgrenset etter siste 20 år og artikkeltype: RCT	29	7	2	2
23.04.23	2	Mortality and poststroke depression	Avgrenset etter siste 20 år og artikkeltype: RCT	13	4	2	2

Tabell 3. Søkehistorikk fra Web of Science:

Søkedato	Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
20.04.23	1	Combination therapy and post-stroke depression	Avgrenset etter siste 20 år	39	3	1	1

3.3 Litteraturmatrise

Jeg har valgt å inkludere litteraturmatrisene i metodekapitlet, for å gi en sammenfattet oversikt over de fem inkluderte forskningsartiklene. Utformingen av tabellene er inspirert fra Thidemann (2019, s.95), med egne justeringer.

Tabell 4. Artikkel 1:

Full referanse	Tian, B., Zhang S., Li, Q., Sun, C., Wu, Y., Yang, H. & Gao, Z. (2022). Effect of the combination of cognitive behavioral therapy and oral paroxetine hydrochloride in patients with post-stroke depression. <i>Tropical Journal of Pharmaceutical Research</i> , 21 (9), pp. 1993-2000. Hentet 20 april 2023 fra: https://www.ajol.info/index.php/tjpr/article/view/234121
Hensikt	Å vurdere effekten av kombinert bruk av kognitiv atferdsterapi og paroksetinhydroklorid hos pasienter med PSD.
Metode	En effektstudie (kvantitativ metode), der effekten av kombinert bruk av kognitiv atferdsterapi og paroksetinhydroklorid på depresjon er undersøkt. Pasientene ble delt inn i en behandlingsgruppe og en referansegruppe. Konvensjonell behandling ble gitt til begge gruppene. Behandlingsgruppen fikk KAT i kombinasjon med paroksetinhydroklorid. Referansegruppen fikk i tillegg sertralinhydroklorid.

	Ulike indekser og parametre ble analysert for å vurdere effekten av behandlingen. HAMD-skala ble brukt for å vurdere graden av depresjon før og etter behandling. Pasientens livskvalitet ble målt gjennom SS-QOL før og etter behandling.
Utvalg	Studien foregikk fra juni 2018 til juni 2019. Totalt 96 hjerneslagpasienter med PSD var med fra et sykehus i Kina. Det var 48 i hver behandlingsgruppe. Gjennomsnittlig alder var på rundt 57-58 år i begge gruppene. Ingen store kjønnsforskjeller.
Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kombinasjonsbehandling ga større reduksjon av depressive symptomer, sammenlignet med referansegruppen 2) Kombinasjonsbehandling ga forbedret livskvalitet hos PSD pasienter, sammenlignet med referansegruppen
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vurderingsinstrumentene er vurdert som velegnet for slagpasienter - Kognitiv atferdsterapi ble utført av profesjonelle terapeuter - To sammenlignbare grupper <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relativt lite deltakere
Relevans	Vurderer effekten av en behandlingsmetode jeg vil bruke i oppgaven min.
Etiske overveielser	Studien er godkjent av den etiske komiteen for Dongying tradisjonell kinesisk sykehus. Etterkommet også med retningslinjene i Helsinki-erklæringen. Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra deltakerne.

Tabell 5. Artikkel 2:

Full referanse	Jorge, R.E., Robinson, R.G., Arndt, S. & Starkstein, S. (2003). Mortality and Poststroke Depression: A Placebo-Controlled Trial of Antidepressants. <i>The American journal of psychiatry</i> , 160 (10), pp. 1823-1829. Hentet 23 april 2023 fra: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176%2Fappi.ajp.160.10.1823
Hensikt	Å vurdere om antidepressiv behandling kan redusere dødeligheten etter hjerneslag.
Metode	<p>En randomisert kontrollert studie (kvantitativ metode), hvor pasientene ble tilfeldig tildelt å motta en 12-ukers dobbeltblind kur med «nortriptylin», «fluoksetin» eller «placebo».</p> <p>Ulike indekser og parametre ble analysert for å vurdere effekten av behandlingen. HAMD-skala ble brukt for å vurdere graden av depresjon. En medisinsk vurdering ble gjort for å undersøke årsakssammenheng på dødelighet. Kaplan-Meier metoden ble brukt for å analysere overlevelsesdata.</p>
Utvalg	Studien foregikk i USA fra juni 1991 til juni 1997, ved ulike nevrologiske avdelinger og rehabiliteringssentre. Både deprimerte og ikke-deprimerte hjerneslag pasienter var med i studien. Det ble registrert 104 pasienter, hvor 81 fullførte behandlingsprotokollen. Ved fluoksetin (27 stk.), nortriptylin (26 stk.) og placebo (28 stk.). Deltakerne var mellom 25 og 89 år. Ingen store kjønnsforskjeller.

Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tidlig antidepressiv behandling kan forhindre forekomsten av forsinket depresjon, i tillegg til å endre patofysiologiske mekanismer assosiert med økt dødelighet. 2) Kardiovaskulære årsaker, tilbakevendende hjerneslag og andre ikke-relaterte årsaker er forbundet med økt dødelighet. Depresjon er også forbundet med økt dødelighet. 3) Sannsynligheten for å overleve er signifikant høyere hos pasienter som får antidepressiv behandling enn de uten – hos både deprimerte og ikke-deprimerte pasienter 4) Et kort og et lengre forløp med antidepressiv kan beskytte mot langtidsdødelighet
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vurderingsinstrumentene er vurdert som velegnet for slagpasienter - Tre sammenlignbare grupper <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relativt lite deltakere - Det er ikke innhentet psykiatriske oppfølgingsdata utover de første to årene etter indeksslaget
Relevans	Vurderer effekten av en behandlingsmetode jeg vil bruke i oppgaven min.
Etiske overveielser	Pasientene leverte inn signert informert samtykke for å delta i studien.

Tabell 6. Artikkel 3:

Full referanse	Kootker, J., Rasquin, S.MC, Lem, F.C., Heugten, C. MV, Fasotti, L. & Geurts, A. CH. (2017). Augmented Cognitive Behavioural Therapy for Poststroke Depressive Symptoms: A Randomized Controlled Trial. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> . 98 (4), pp. 687-694. Hentet 18 april 2023 fra: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999316312345?via%3Dihub
Hensikt	Å vurdere om individuell tilpasset utvidet kognitiv atferdsterapi kan effektivt redusere depressive symptomer etter hjerneslag.
Metode	<p>En randomisert kontrollert studie (kvantitativ metode), hvor deltakerne ble tilfeldig tildelt utvidet kognitiv atferdsterapi eller datastyrt kognitiv trening (CCT). KAT-intervensjonen ble utvidet med målrettet aktivitetstrening. CCT ble stort sett selvadministrert.</p> <p>Effekten av studien ble analysert ut ifra resultatet av HADS-D skala. Det ble også vurdert andre sekundære utfall, med andre vurderingsinstrumenter egnet for hjerneslagpasienter.</p>
Utvalg	Studien foregikk fra januar 2011 til august 2012. Deltakerne ble rekruttert fra 7 forskjellige rehabiliteringssentre eller sykehusrehabiliteringsavdelinger i Nederland. Totalt deltok 61 pasienter i studien, hvor 31 ble tildelt KAT-intervensjonen, og 30 tildelt CCT-intervensjonen. 44 fullførte den siste oppfølgingen. Alle typer med hjerneslag ble inkludert i studien, i tillegg måtte de ha en HADS-D skår >7 og måtte være over 18 år. Ingen store kjønnsforskjeller.

Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1) Uavhengig av type intervensjon ble det vist en signifikant og vedvarende bedring av depressive symptomer etter behandling 2) Uavhengig av type intervensjon ble det vist en bedring innenfor ulike sekundære utfallsmål, som for eksempel mestring, livskvalitet, sosial deltakelse og subjektivt velvære
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vurderingsinstrumentene er vurdert som velegnet for slagpasienter - To sammenlignbare grupper - Mer enn 95% av alle vurderinger ble utført iht. protokollen - KAT-intervensjonen ble utført av sertifiserte terapeuter <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ufullstendige intervensjoner ble registrert i løpet av studien - Mangler en kontrollgruppe for å etterfølge om intervensjonene er effektive - Relativt lite deltakere
Relevans	Vurderer effekten av en behandlingsmetode jeg vil bruke i oppgaven min.
Etiske overveielser	Studien er godkjent av den medisinsk etiske komiteen i Nederland, og av hovedstyret for alle deltakende rehabiliteringsinstitutter. Muntlig og skriftlig informert samtykke ble innhentet fra deltakerne.

Tabell 7. Artikkel 4:

Full referanse	Robinson, R.G., Jorge, R.E., Moser, D.J., Acion, L., Solodkin, A., Small, S.L., Fonzeiti, P., Hegel, M. & Arndt, S. (2008). Escitalopram and Problem-Solving Therapy for Prevention of Poststroke Depression: A Randomized Controlled Trial. <i>American Medical Association</i> . 299 (20), pp.2391-2400. Hentet 23 april 2023 fra: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/181981
Hensikt	Å vurdere om behandling med escitalopram eller problemløsningsterapi kan redusere antall depresjonstilfeller hos slagpasienter, sammenlignet med placebo.
Metode	<p>En multisite randomisert kontrollert studie (kvantitativ metode). Det ble gjennomført en 12 måneders dobbeltblind placebokontrollert sammenligning av escitalopram, med placebo og en ikke-blindet problemløsende terapigruppe.</p> <p>Ulike indekser og parametre ble analysert for å vurdere effekten av behandlingen. Det ble administrert strukturert klinisk intervju for DSM-IV ved oppfølging, i tillegg til HAMD-skala for å undersøke pasienten for mulig depresjon. ADL ble vurdert etter «Functional Independence Measure». Sosial fungering ble vurdert etter «Social Functioning Exam». Det ble brukt Cox regresjonsmodell for å vurdere tid til depresjon debuterte.</p>
Utvalg	Studien foregikk fra juli 2003 til oktober 2007. Totalt 176 ikke-deprimerte hjerneslag pasienter var med fra ulike sykehus og universiteter i USA. Det var 58 eller 59 i hver behandlingsgruppe. 149 startet opp med behandlingen de fikk tildelt, hvorav 15 falt ut. Pasientene hadde enten iskemisk eller hemorragisk hjerneslag. Alle var innenfor 3 måneder av et indeksslage. Deltakerne var eldre enn 50 år og yngre enn 90 år. Ingen store kjønnsforskjeller.

Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pasienter som fikk placebo, hadde signifikant større sannsynlighet for å utvikle depresjon enn de som fikk escitalopram eller PLT. PLT viste imidlertid ikke en like stor forskjell fra placebo som escitalopram 2) Alle behandlingsgruppene opplevde en bedring i ADL og sosial fungering over en viss tidsperiode.
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Multisite-registrering ga et variert utvalg - Problemløsningsterapien er utført av profesjonelle terapeuter - Vurderingsinstrumentene er vurdert som velegnet for slagpasienter - Omtrent lik fordeling i hver behandlingsgruppe <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relativt lite deltakere - Antall hendelser med depresjon var relativt liten - Inkluderte ikke alle pasienter med akutt hjerneslag
Relevans	Studien vurderer effekten av behandlingsmetoder jeg vil bruke i oppgaven min.
Etiske overveielser	Studien er godkjent av de institusjonelle vurderingskomiteene på hvert studiested, i tillegg til at skriftlig samtykke ble innhentet.

Tabell 8. Artikkel 5:

Full referanse	Niu, Y., Sheng, S., Chen, Y., Ding, J., Li, H., Shi, S., Wu, J. & Ye, D. (2022). The Efficacy of Group Acceptance and Commitment Therapy for Preventing Post-Stroke Depression: A Randomized Controlled Trial. <i>Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases</i> . 31 (2), pp.1-8. Hentet 18 april 2023 fra: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305721006303?via%3Dihub
Hensikt	Å vurdere om gruppeaksept- og forpliktelsesterapi kan effektivt lindre depressive symptomer og forbedre neurologisk funksjon hos akutte hjerneslagpasienter.
Metode	En randomisert kontrollert studie (kvantitativ metode), der G-ACT behandling blir sammenlignet med vanlig medisinsk behandling for akutte hjerneslagpasienter. Pasientene ble tilfeldig tildelt enten G-ACT eller vanlig medisinsk behandling. Gruppene ble vurdert etter HAMD-24 for å vurdere depressive symptomer og BI for å måle fungering i dagliglivets aktiviteter. Pasientene ble delt inn i gruppen med mildt eller moderat slag.
Utvalg	Studien foregikk fra januar til desember 2019. Totalt 104 pasienter med akutt iskemisk hjerneslag innlagt på sykehus i Kina var med. Pasientene var mellom 18 og 80 år. Det var 52 pasienter i hver behandlingsgruppe, med litt frafall i gruppene underveis. Ingen store kjønnsforskjeller.
Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1) I begge gruppene gikk HAMD-skåren ned. Pasientene som mottok G-ACT hadde lavere HAMD-skår enn kontrollgruppen etter 1 og 3 måneders behandling 2) Behandlingen var effektiv på depresjon uavhengig av type hjerneslag

	3) Liten bedring ble vist på ADL-området for begge gruppene, med liten forskjell mellom gruppene
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - To sammenlignbare grupper - Effekten ble evaluert hos slagpasienter med ulik alvorlighetsgrad - G-ACT behandlingen ble utført av kvalifisert personell - Vurderingsinstrumentene er vurdert som velegnet for slagpasienter <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relativt lite deltakere - Gruppeterapi er ikke velegnet for alle hjerneslagpasienter - Begrenset med antall terapiøkter
Relevans	Studien vurderer effekten av en behandlingsmetode jeg vil bruke i oppgaven min.
Etiske overveielser	Studien er godkjent av den etiske komiteen ved First People's Hospital of Changzhou, i tillegg til å ha signert et informert samtykke.

3.4 Analyse

Aveyards tematiske analysemodell har vært nyttig å bruke for å analysere de fem forskningsartiklene. Første trinnet i modellen er å identifisere tema, ved å lese resultatdelen fra hver forskningsartikkel (Thidemann, 2019, s.96). Jeg startet med å jobbe meg gjennom en og en artikkel, og tok utgangspunkt i hovedfunnene fra hver av dem. I arbeidet med å identifisere temaene brukte jeg markeringstusj, hvor fargene gul, grønn og turkis ble brukt for å skille mellom dem. Fargen grønn ble brukt for å presentere funn relatert til depresjon, og turkis ble brukt for å presentere funn relatert til overlevelse, mens gul ble brukt for å presentere funn relatert til pasientens velvære og fungering.

Etter å ha identifisert temaene i artiklene, gjorde jeg noen omformuleringer av hovedfunnene slik at de ble mer sammenlignbare. For eksempel at det sto «bedring i livskvalitet», og som ble endret til «økt livskvalitet». Andre justeringer jeg gjorde var å bruke «reduksjon av depressive symptomer», siden alle artiklene hadde til felles at depressive symptomer gikk betraktelig ned. Jeg sorterte temaene etter tematisk rekkefølge, slik at tabellen skulle bli mer oversiktlig å lese over. I tabell 9 under ser man at temaene i fargekoden grønn er presentert først, deretter enten fargekoden gul eller turkis ettersom hva artikkelen pekte på.

Tabell 9. Sammenligning av tema:

Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
1.Reduksjon av depressive symptomer	1.Forhindre forekomsten av forsinket depresjon	1.Reduksjon av depressive symptomer	1. Lav forekomst av depresjon	1. Reduksjon av depressive symptomer
2. Økt livskvalitet	2.Økt overlevelse	2. Økt livskvalitet	2. Bedring i ADL	2. Liten bedring i ADL
		4. Økt sosial deltakelse	3. Økt sosial fungering	

Ifølge Aveyards tematiske analysemodell skal man videre sammenligne temaene og se på hva som går igjen, før man sammenstiller og navngir sine egne hovedtemaer (Thidemann, 2019, s. 97-98). Som vist i tabellen over, kan du se at artikkel 1 til 5 har en del likhetstrekk med hverandre, bortsett fra artikkel 2 som handler særskilt om hvordan antidepressiva øker overlevelsen. Temaene i fargekoden grønn har til felles at det handler om «bedring av depresjon», og derfor har jeg valgt å ha det som et hovedtema i resultatdelen videre. Videre kan man se at temaene i fargekoden gul har til felles at det handler om «økt velvære og fungering i hverdagen», og derfor har valgt å ha det som mitt andre hovedtema. Temaet «økt overlevelse» er i fargekoden turkis, og jeg velger å ha det som mitt tredje hovedtema, selv om det kun er en artikkel som handler om dette. Jeg anser det som viktig å ta opp som eget hovedtema, da det henger tett sammen med oppgavens problemstilling.

4.0 Resultater

Basert på analysen av de fem forskningsartiklene kom jeg fram til tre hovedtemaer: «Bedring av depresjon», «Økt velvære og fungering i hverdagen» og «Økt overlevelse». Disse tre hovedtemaene vil være utgangspunktet for resultatdelen, og vil bli presentert nedenfor.

4.1 Bedring av depresjon

De fem inkluderte forskningsartiklene undersøker effekten av både antidepressiva og samtalebehandling mot PSD, og viser til lovende resultater i forhold til dette. Tian m.fl. (2022) sammenligner en behandlingsgruppe og en referansegruppe, hvor begge får

konvensjonell behandling, imens behandlingsgruppen får kombinasjonsbehandling med KAT og paroksetinhydroklorid. Referansegruppen får også sertralinhydroklorid. HAMD-skala ble brukt for å måle grad av depresjon før og etter behandling. Før behandling var HAMD-skåren på 19,71 i behandlingsgruppen og 20,00 i referansegruppen. HAMD-skåren tilsvarte dermed en relativ moderat grad av depresjon i begge gruppene. Etter behandling var HAMD-skåren på 7,85 i behandlingsgruppen og 10,48 i referansegruppen. Resultatene viser til at kombinasjonsbehandling var mest effektivt mot PSD, ved at de depressive symptomene var nærmest borte. Referansegruppen hadde derimot fremdeles en mulig depresjon etter behandling (Tian m.fl. 2022, s.1994-1997).

Kootker m.fl. (2017) undersøker også effekten av KAT, men bare at behandlingsmetoden er utvidet med målrettet aktivitetstrening. Behandlingsgruppene i studien får enten utvidet kognitiv atferdsterapi eller datastyrt kognitiv trening. HADS-D ble brukt for å måle grad av depresjon før og etter behandling. Alle deltakerne i studien hadde en HADS-D skår over 7, som vil si at alle hadde depresjon. Resultatene av studien viste at begge intervensjonene ga vedvarende bedring av depressive symptomer etter behandling, og at det ikke var noen signifikant forskjell mellom dem. Effekten var imidlertid størst etter 4 måneder med behandling, og gikk betraktelig ned etter 8 måneder (Kootker m.fl. 2017, s.687, 689-691).

Niu m.fl. (2022) undersøker derimot en annen kognitiv terapiform, som G-ACT. I denne studien ble G-ACT sammenlignet med en gruppe som fikk vanlig medisinsk behandling. HAMD-skala ble også brukt i denne studien. Deltakerne i studien var lett deprimerte, ved at HAMD-skåren var på rundt 10. Resultatene viser at G-ACT gruppen hadde enda lavere HAMD-skår etter 1 og 3 måneders behandling, enn den andre gruppen. Studien fant også ut at behandlingen var effektiv uavhengig av type hjerneslag, ved at pasienter med mild og moderat hjerneslag viste lavere skår etter 3 måneders behandling (Niu m.fl. 2022, s.3-5).

Robinson m.fl. (2008) undersøker både effekten av antidepressiva og PLT. Deltakerne i studien fikk enten escitalopram, PLT eller placebo. Disse gruppene blir sammenlignet for å se på hva slags behandling som kan redusere forekomsten av antall depresjonstilfeller. Et strukturert klinisk intervju for DSM-IV ble brukt ved evaluering, i tillegg til HAMD-skala for å undersøke pasienten for mulig depresjon. I studien ble kun ikke-deprimerte slagpasienter undersøkt, og fant at pasientene som fikk placebo hadde signifikant større sannsynlighet for å utvikle depresjon enn de som fikk escitalopram eller PLT. PLT viste imidlertid ikke en like stor forskjell fra placebo som escitalopram. For placebo behandlende hadde 4,5 ganger større sannsynlighet enn escitalopram, og 2,2 ganger større sannsynlighet enn problemløsningsterapi. Studien viser videre at det trengs flere

som må behandles med PLT enn escitalopram for å forhindre 1 tilfelle av depresjon (Robinson m.fl. 2008, s. 2391, 2393, 2395).

Jorge m.fl. (2003) undersøker også effekten av antidepressiva, ved at gruppene enten får nortriptylin eller fluoksetin. HAMD-skala ble også brukt i denne studien. I studien ble både deprimerte og ikke-deprimerte slagpasienter undersøkt, for å undersøke effekten på depresjon. Det ble funnet at ikke-deprimerte pasienter med høy risiko for utvikling av depressive lidelser, burde på lik linje med deprimerte pasienter få antidepressiv behandling. Siden studien fant at tidlig antidepressiv behandling kan forhindre forekomsten av forsinket depresjon, og endre dens patofysiologiske korrelater for å gi et bedre utfall (Jorge m.fl. 2003, s.1823-1826, 1828).

4.2 Økt velvære og fungering i hverdagen

Forskningsartiklene viser også til lovende resultater som er rettet mot velvære og fungering i hverdagen. Tian m.fl. (2022) og Kootker m.fl. (2017) peker på at kombinasjonsbehandling og utvidet kognitiv atferdsterapi gir økt livskvalitet. Livskvalitet ble målt med SS-QOL før og etter behandling, i tillegg til at subjektivt velvære ble vurdert med et livstilfredselshetskjema (Tian m.fl. 2022, s.1995; Kootker m.fl. 2017, s. 689). Deltakerne i studien til Tian m.fl. (2022) hadde i utgangspunktet lav livskvalitet, men fikk betraktelig økt livskvalitet gjennom kombinasjonsbehandling. Referansegruppen fikk derimot ikke like godt resultat på dette området heller (Tian m.fl. 2022, s. 1997). Kootker m.fl. (2017, s.690) fant at effekten var tilstede uavhengig av type intervensjon, som vil si at begge gruppene fikk økt livskvalitet etter behandling.

Kootker m.fl. (2017) viser også til at utvidet kognitiv atferdsterapi kan gi økt sosial deltakelse. Dette ble målt gjennom «The Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation». Denne effekten var også uavhengig av type intervensjon (Kootker m.fl. 2017, s.689-690). Robinson m.fl. (2008) viser også til at escitalopram eller PLT kan gi økt sosial fungering. Dette ble målt gjennom «Social Functioning Exam scores». Denne effekten ble vist over tid etter behandlingen (Robinson m.fl. 2008, s. 2393-2394, 2397). Videre blir det vist at det kan gi bedring i ADL, altså dagliglivets aktiviteter. Dette ble målt gjennom «The Functional Independence Measure». Effekten ble imidlertid vist hos alle gruppene, og var størst de første månedene med behandling (Robinson m.fl. 2008, s. 2393-2394, 2397). Niu m.fl. (2022) sin studie, viser også til positive funn på ADL-området. «Barthel Index» ble brukt for å måle dagliglivets aktiviteter, og viste til en liten bedring av ADL i begge gruppene, med liten forskjell mellom gruppene (Niu m.fl. 2022, s.3-4).

4.3 Økt overlevelse

Jorge m.fl. (2003) undersøker også om hva som øker og minker sjansene for dødelighet og overlevelse hos slagoverlevende. I artikkelen blir det nevnt at kardiovaskulære årsaker, tilbakevendende hjerneslag og andre ikke-relaterte årsaker er forbundet med økt dødelighet. Siden studien fant at 50 av de døde, døde av slike årsaker, i tillegg til at de var eldre og hadde diagnosen diabetes mellitus, som er en risikofaktor for kardiovaskulære lidelser. Det ble også funnet at depresjon kan føre til dødelighet for de med et kronisk eller tilbakevendende klinisk forløp. Pasienter med og uten depresjon ble fulgt over en 9 års periode, hvor Kaplan-Meier overlevelsesanalyse viste at sannsynligheten for å overleve var signifikant høyere hos pasientene som fikk antidepressiv behandling enn de uten. For det var kun 10 av 28 som fikk placebo som var i live, sammenlignet med 36 av 53 som fikk fulldose behandling med antidepressiv (Jorge m.fl. 2003, s.1823, 1825-1826).

Videre fant de at den gunstige effekten av antidepressiva forble videre signifikant, etter effekten av andre faktorer assosiert med dødelighet ble kontrollert også. Siden tidlig antidepressiv behandling kan endre patofysiologiske mekanismer assosiert med økt dødelighet, uavhengig av effekten på andre atferdsmål. Til slutt ble det også vist at både et kort og et lengre forløp med antidepressiva kan ha en beskyttende effekt på langtidsdødeligheten (Jorge m.fl. 2003, s.1827-1828).

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg besvare oppgavens problemstilling: *«Hvilken effekt har samtalebehandling og antidepressiva på post-slag depresjon, og hvordan kan helsepersonell bidra slik at selvmordsfaren hos slagpasienter minker?»*, gjennom å drøfte teorien sammen med resultatene fra resultatdelen. Dette vil presenteres nedenfor i punkt 5.1 til 5.3 , og deretter kommer en metodediskusjon til slutt.

5.1 Selvmordsfare og pasientens depressive tilstand

I teoridelen ble det nevnt at selvmordsfaren er stor blant slagpasienter, og er særlig størst de første fem årene. Det finnes som nevnt mange risikofaktorer for selvmord, men hos slagpasienter er den største risikofaktoren PSD (Hong m.fl. 2018, s.136; Pompili m.fl. 2014, s.24). Siden hjerneslag rammer mange hvert år, og PSD forekommer ofte etter hjerneslag, er det nødvendig å ta tak i dette nærmere (NHI, 2023; Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s.335).

Det nevnes at PSD ses hyppigst i akutfasen, og derfor blir det nødvendig å se etter effektive behandlingsstrategier tidlig i forløpet. Å finne fram til effektive behandlingsstrategier kan imidlertid være vanskelig, da flere av de depressive symptomene overlapper andre følger av slaget. Dette må derfor tas med i vurderingen, når man velger ut type behandling som skal brukes. Alle de depressive symptomene som ses ved PSD kan forbindes med økt selvmordsfare, men særlig «følelse av verdiløshet» og «selvmordstanker» (Kouwenhoven & Kirkevold, s.335). For det å føle seg verdiløs, kan gjøre at man ikke ser verdien av å leve lenger, som igjen kan knyttes til selvmordstanker. For selvmordstanker bygger i grunn på alle de negative tankemønstrene personen har om seg selv og sitt liv.

5.1.1 Effekten av samtalebehandling

I resultatdelen ble det vist at samtalebehandling og antidepressiva, eller disse kombinert kan effektivt behandle PSD. Disse behandlingsstrategiene funker ikke nødvendigvis på alle typer depresjon, og derfor er det viktig å få rede på hva slags depresjon pasienten har (Helsenorge, 2021). Kombinasjonsbehandling er foretrukket behandling ved alvorlig depresjon (Helsenorge, 2021), men Tian m.fl. (2022, s.1997) viste at det kan brukes effektivt ved moderat depresjon også, ved at de depressive symptomene ble nærmest borte. Dette resultatet ble vist gjennom kombinert bruk av kognitiv atferdsterapi og paroksetinhydroklorid.

Samtalebehandling er foretrukket behandling ved mild til moderat depresjon (Helsenorge, 2021), og flere forskningsstudier viser til det samme. Kootker m.fl. (2017, s.688-690) viste at utvidet kognitiv atferdsterapi kan effektivt brukes, ved at det ga vedvarende bedring av depressive symptomer etter behandling. Hvor effektiv behandlingen var, kan imidlertid diskuteres, ved at effekten avtok etter hvert. Kognitiv atferdsterapi fokuserer på å arbeide med pasientens uhensiktsmessige tanker, tankemønstre og atferd som bidrar til å opprettholde sykdommen. På den måten kan behandlingen hjelpe pasienten til å få mer hensiktsmessige tanker, tankemønstre og atferd, og få det dermed bedre med seg selv (Martinsen & Gonzalez, 2020, s.376-379).

Niu m.fl. (2022, s.1) viste til en annen kognitiv terapiform som kan effektivt brukes, nemlig G-ACT. I studien ble det vist at det kunne redusere de depressive symptomene betraktelig, men mest de første månedene etter behandling. Dette kan ha med at pasientene som var med, fikk begrenset med terapiøkter i løpet av studien. Det kan derfor diskuteres om det trengs flere terapiøkter for å vise større effekt over tid. Terapiformen funker imidlertid uavhengig av type hjerneslag, men mest ved mild til moderat hjerneslag, siden det krever at man klarer å være kognitivt tilstede. G-ACT fokuserer nemlig på å lære pasientene å mestre sykdommen, gjennom for eksempel mindfulness og andre teknikker. Dette kan være vanskelig ved alvorlig hjerneslag, ved at

den kognitive funksjonen er antagelig mer svekket (Niu m.fl. 2022, s.3-5; Kirkevold, 2020, s.473).

Robinson m.fl. (2008, s.2391) viste derimot til en terapiform som hadde litt bedre resultater enn utvidet kognitiv atferdsterapi og G-ACT, nemlig PLT. Problemløsningsterapi ligner mye på disse terapiformene, ved at terapiformen bruker mange av de samme prinsippene som kognitiv terapi (Aldring og helse, u.å.). Denne terapiformen kan se ut til å forhindre utviklingen av depresjon, og er dermed en gunstig behandlingsstrategi å bruke mot PSD. Behandlingsmetoden ble undersøkt på ikke-deprimerte pasienter, og blir brukt tilsvarende som for deprimerte pasienter. Fokuset ligger imidlertid ikke på depresjonen, men heller på andre underliggende problemer pasienter har, som kan forhindre depresjon i å forekomme (Robinson m.fl. 2008, s.2391; Aldring og helse, u.å.).

Et videre spørsmål er: «*Hvordan kan helsepersonell redusere selvmordsfaren hos slagpasienter, ved bruk av samtalebehandling?*». Disse samtalebehandlingene kan hjelpe med å redusere selvmordsfaren ved at den depressive tilstanden bedres i betydelig grad. For å kunne sikre et slikt resultat er det videre viktig at vernepleieren, eller den som utfører terapien har en god relasjon til pasienten (Martinsen & Gonzalez, 2020, s.379). Vernepleierens relasjonskompetanse vil komme godt med når vi skal bli kjent med pasienten. I oppstartsfasen skal man bli kjent med pasienten, i tillegg til å etablere et gjensidig tillitsforhold. Et gjensidig tillitsforhold vil som nevnt tidligere gjøre det lettere for pasienten å åpne seg opp, og dele vanskelig ting rundt sitt liv. Hvor aktivt vernepleieren bruker sin partnerrolle i arbeidet, vil videre være avgjørende for om pasienten føler seg sett og hørt. For partnerrollen går på å være aktiv lyttende, være til stede og vise engasjement for den andres livsverden. På den måten vil samarbeidet om endring og bedring gå lettere for seg. For det kan være vanskelig å hjelpe den andre, om man ikke aktivt lytter til dens problemer (Brask m.fl. 2016, s.69-70; Gonzalez, 2020, s.58-59; Martinsen & Gonzalez, 2020, s.379).

5.1.2 Effekten av antidepressiva

Utenom paroksetinhydroklorid som ble brukt i studien til Tian m.fl. (2022, s.1993), kan andre antidepressive legemidler som: escitalopram, fluoksetin og nortriptylin være lovende i behandling mot alvorlig depresjon (Helsenorge, 2021). Jorge m.fl. (2003, s. s.1828) viste til at tidlig behandling med fluoksetin eller nortriptylin kunne forhindre forekomsten av forsinket depresjon. Dette ble vist hos både deprimerte og ikke-deprimerte pasienter, og kan tyde på at man kan bruke antidepressiva både hos deprimerte og ikke-deprimerte pasienter for å stoppe utviklingen. Det samme viste Robinson m.fl. (2008, s.2396) om escitalopram. Dette ytterligere styrker at antidepressiva kan bli brukt for å forhindre forekomsten av depresjon. På den måten kan antidepressiva være med på å redusere selvmordsfaren hos slagpasienter.

Til tross for at disse legemidlene ga positive resultater, må det utvises forsiktighet ved bruk, på grunn av at uønskede bivirkninger kan oppstå. I utgangspunktet er ikke trisykliske antidepressiver som nortriptylin å anbefale siden det har en del skadelige effekter, men kan som nevnt vurderes ved manglende respons av SSRI. SSRI medikamenter som escitalopram og fluoksetin er å foretrekke ved behandling av slagoverlevende med selvmordsrisiko, siden det gir mindre skadelige effekter (Pompili m.fl. 2014, s.21; Tanum, 2020, s.400; Starkstein & Hayhow, 2019, s.4). Vernepleierens medisinskfaglig kompetanse vil komme godt med, når man skal administrere slike legemidler. For vernepleiere har god kjennskap til hvordan å håndtere legemidler, og hva slags bivirkninger som kan oppstå ved bruk (Isaksen, 2020). Bivirkninger relatert til medikamentene må observeres både i oppstart, og ved opptrapping eller nedtrapping av medikamentene. I oppstartsfasen kan det forekomme bivirkninger som gir økt selvmordsfare, og derfor må helsepersonell i samråd med lege justere dosen som blir gitt. Hva slags bivirkninger medikamentet gir vil variere betydelig, og vil være veldig individuelt, siden vi reagerer som regel veldig forskjellig. Den enkeltes respons av medikamentet må derfor følges nøye opp (Tanum, 2020, s.401).

5.2 Selvmordsfare og pasientens velvære og fungering

5.2.1 Økt livskvalitet gir redusert selvmordsfare

I teoridelen ble det nevnt at PSD er forbundet med lavere livskvalitet (Kirkevold, 2020, s.479). Dette kan ha sammenheng med at psykisk sykdom kan påvirke trivselen til den enkelte, alt etter hvor alvorlig tilstanden er (Nes m.fl. 2021). Et viktig spørsmål er: *«Hvordan kan helsepersonell øke livskvaliteten hos slagpasienter, slik at selvmordsfaren reduseres?»*. For mennesker trenger nemlig å oppleve god livskvalitet for å trives og ville ønske å leve videre. Hva som gir økt livskvalitet, er imidlertid veldig individuelt. Siden livskvalitet handler om hvordan den enkelte opplever livet som helhet. Det kan likevel tenkes at det er noen felles ting som må på plass, for at vi mennesker opplever god livskvalitet (Nes m.fl. 2021).

Nes m.fl. (2021) og Tuntland (2020, s.63) nevner at fungering i det daglige er av betydning for økt livskvalitet. Etter et hjerneslag er det vanlig å oppleve tap av dagliglivets funksjoner, gjennom at man kan få halvsidig lammelse med slappe pæser i armer og bein. Dette vil imidlertid avhenge av hvor hardt rammet man er av hjerneslaget (Kirkevold, 2020, s. 473). Hvor viktig det er å gjenvinne disse funksjonene er individuelt, men dersom det påvirker hvordan personen har det, vil det være avgjørende for å redusere selvmordsfaren (Tuntland, 2020, s.63).

Behandling med G-ACT, PLT eller escitalopram viste seg også å bedre dagliglivets funksjoner, og ikke bare depressive symptomer (Niu m.fl. 2022, s.4; Robinson m.fl.

2008, s.2397). I problemløsningsterapi jobber man som nevnt med pasientens spesifikke problemer, og det å jobbe med ADL-ferdigheter kan dermed være en av tingene. Escitalopram kan som nevnt forhindre depresjon i å forekomme, og dermed kan pasienter med hjerneslag oppleve større funksjonsbedring. Siden PSD gir ofte lavere funksjonsbedring (Robinson m.fl. 2008, s.2391, 2393; Kirkevold, 2020, s.479).

Å tape vesentlige fysiske funksjoner kan gjøre at man mister tiltroen til seg selv, ved at man føler seg ubrukelig i forhold til andre. G-ACT vil hjelpe pasienten til å gjenvinne tiltroen til seg selv, ved å snu om tankesettet om at man er ubrukelig, i tillegg til å bidra med å overvinne de hindringene man opplever i hverdagen. Dette ble gjort gjennom å anbefale pasientene å gjennomføre rehabiliteringsøvelser etter hver økt. Her kan det være nødvendig å se på nye måter å utføre ADL ferdigheter på, slik at man klarer å mestre hverdagslivet igjen. Siden det er ikke sikkert at man får gjenvunnet alle tidligere fysiske funksjoner. I det minste vil det gjøre at man er mindre avhengig av andre, som videre kan styrke selvtilliten. For det å være avhengig av andre er ofte ingen god følelse, og dette kan gi en følelse av å ikke mestre livet selv lenger. Det å bli mer selvhjulpel i hverdagen vil øke trivselen og dermed øke livskvaliteten til pasienten også. Dette kan blant annet vernepleieren aktivt hjelpe til med (Niu m.fl. 2022, s.3; Kirkevold, 2020, s.473; Tuntland, 2020, s.63).

Økt sosial fungering kan også tenkes å øke livskvaliteten, siden det har med menneskers trivsel å gjøre. Robinson m.fl. (2008, s.2393) viste til at escitalopram eller PLT kan gi økt sosial fungering. Depresjon påvirker pasientens sosiale liv, ved at man får redusert interesse for seg selv og andre, og dermed isolerer seg fra omverden (Tveito, 2020, s.225; Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s.335). Escitalopram eller PLT kan hjelpe til med å endre dette, ved å forhindre at de depressive symptomene oppstår (Robinson m.fl. 2008, s.2393). Det samme kan utvidet kognitiv atferdsterapi hjelpe til med, men bare at de depressive blir betraktelig redusert, og ikke fullstendig. Målrettet aktivitetstrening med ergoterapeut vil også kunne hjelpe pasienten til å etablere meningsfulle aktiviteter, som igjen kan gi økt sosial deltakelse (Kootker, 2017, s.690).

Tian m.fl. (2022, s.1996) viste også til at kombinert bruk av KAT og paroksetinhydroklorid kunne øke livskvaliteten. Her ble det ikke vist til konkrete eksempler, men det kan tolkes som at bedring av depresjon er med på å øke livskvaliteten. Kootker m.fl. (2017, s.690) viste også til økt livskvalitet gjennom behandling med utvidet kognitiv atferdsterapi, men ga heller ingen konkrete eksempler. Jeg valgte å se det i sammenheng med «økt sosial deltakelse», ut ifra teori jeg fant om dette. Det samme gjorde jeg med de andre resultatene jeg fant om dette og ADL. Økt livskvalitet kan dermed sies å redusere selvmordsfaren hos slagoverlevende.

5.3 Overlevelse og antidepressiva

Gjennom bruk av antidepressiva kan vi som helsepersonell øke overlevelsen blant slagpasienter. Dette viser Jorge m.fl. (2003, s.1823) i sin studie om de antidepressive legemidlene nortriptylin og fluoksetin, til tross for at det også er forbundet økt selvmordsfare ved bruk av disse medikamentene (Tanum, 2020, s.401). Jorge m.fl. (2003, s.1823) studerte denne effekten over tid, på både deprimerte og ikke-deprimerte slagpasienter. De fant ut at både et kort og et lengre forløp med antidepressiva kan være beskyttende på langtidsdødeligheten. I studien opplevde noen pasienter bivirkninger av medikamentene, og derfor må det tas forbehold i forhold til pasientens toleranse for medikamentene (Jorge m.fl. 2003, s.1826; Tanum, 2020, s.401). For denne effekten avhenger av at pasientene får tilstrekkelig behandling med antidepressiva, og ikke opplever ugunstige effekter. Faktorene som er forbundet med dødelighet, som for eksempel kardiovaskulære årsaker, tilbakevendende hjerneslag og andre ikke-relaterte årsaker, vil kunne minimeres ved at man får tilstrekkelig med antidepressiv behandling. For tidlig antidepressiv behandling kan endre patofysiologiske mekanismer assosiert med økt dødelighet, og dermed også redusere selvmordsfaren hos slagpasienter. Pasienter som ikke får tilstrekkelig med antidepressiv behandling, eller ikke får medikamentet i det hele tatt, vil derimot stå i fare for selvmord (Jorge m.fl. 2003, s.1825-1827).

5.4 Metodediskusjon

Litteraturstudien som er gjennomført inneholder noen styrker og svakheter, som nevnt tidligere i litteratormatrisene. Disse styrkene og svakhetene vil tas opp i denne siste delen av diskusjonen.

Til denne studien ble det oppført noen inklusjons- og eksklusjonskriterier for å innhente relevante artikler til å besvare oppgavens problemstilling. Det må imidlertid tas høyde for at dette kan ha ført til at jeg har gått glipp av andre relevante artikler. En styrke er at alle forskningsartiklene er fra ulike tidsskrift som er fagfellevurdert, i tillegg til at alle har fått etisk godkjenning fra ulike etiske komiteer, og har innhentet samtykke fra deltakerne i studien. Flesteparten av studiene som ble valgt er av nyere dato, bortsett fra to av studiene som var fra 2003 og 2008. Dette kan dermed anses som en styrke, ved at det styrker troverdigheten til resultatene. Jeg valgte studier fra 2003 og 2008, siden jeg fant lite nyere forskning å støtte meg på, for eksempel om problemløsningsterapi. Robinson m.fl. (2008, s.2391) viste til lovende resultater i forhold til problemløsningsterapi, og derfor ble denne studien med.

Videre viser studiene kanskje ikke bredden i forskning på fagfeltet, siden kun utvalgte land ble valgt. Det var kun en studie fra Europa, mens resten var fra Kina og USA. Resultatene i artiklene kan likevel overføres til nordisk kontekst, fordi

behandlingsmetodene som ble undersøkt praktiseres i Norge også (Helse-bergen, 2020; Aldring og helse u.å.). I de to artiklene fra USA, er tre av de samme forskerne med, som kan både være en styrke og en svakhet, men i utgangspunktet er studiene fra ulike forskermiljø.

En annen styrke ved studien, er at alle forskningsartiklene er av kvantitativ metode. For RCT- og effektstudier er av kvantitativt forskningsdesign, og regnes som den mest pålitelige kilden til å avgjøre effekt av tiltak (Thidemann, 2019, s.71). Dette var også selve formålet med studien, nemlig å vurdere effekten av tiltak mot post-slag depresjon. Innholdet i artiklene ble grundig sjekket, og vurdert etter sjekklister fra Helsebibloteket (2021). Dette styrker dermed litteraturstudien nærmere. Videre kunne det vært nødvendig å utføre andre systematiske søk, for å oppdage andre og flere relevante artikler. Etter en nøye vurdering av artiklene fant jeg ut at de ville gi meg svar på problemstillingen min. Siden resultatene var positive i forhold til slagpasienter med eller uten PSD. Det kunne også vært gunstig å se på negative resultater av behandlingsmetodene, men ble ikke valgt siden jeg ville undersøke de positive følgene av behandlingsmetodene.

Videre kan påliteligheten av resultatene diskuteres nærmere. En felles svakhet ved studiene var at studiene hadde relativt lite deltakere. Jeg valgte likevel å stole på resultatene, siden det var andre styrker som veide opp for dette, som at det var sammenlignbare grupper som var med. En felles styrke ved studiene var at studiene brukte vurderingsinstrumenter som er validert for slagpasienter (Tian m.fl. 2022; Jorge m.fl. 2003; Kootker m.fl. 2017; Robinson m.fl. 2008; Niu m.fl. 2022). Alle studiene utenom Kootker m.fl. (2017, s.687) brukte samme vurderingsinstrument for å vurdere depresjon. Videre brukte de to studiene som vurderte ADL to forskjellige vurderingsinstrumenter (Robinson m.fl. 2008, s.2391; Niu m.fl. 2022, s.1). Siden de fleste brukte de samme vurderingsinstrumentene, kan man stole på resultatene, i tillegg til at terapiformene ble utført av sertifiserte terapeuter på området. I studien til Kootker m.fl. (2017, s.687) manglet det en kontrollgruppe, i tillegg til at det ble utført noen få ufullstendige intervjuer. Dette kan være en svakhet, men jeg har vurdert at styrkene ved studien veier opp for dette.

Eklusjonskriterier i studiene gjorde at ikke alle pasienter med hjerneslag ble inkludert, og kan dermed ses på som en svakhet (Tian m.fl. 2022; Jorge m.fl. 2003; Kootker m.fl. 2017; Robinson m.fl. 2008; Niu m.fl. 2022). Studien til Niu m.fl. (2022) har en svakhet ved seg, ved at gruppeterapien ble utført relativt få ganger, og oppnådde dermed ikke fullstendig effekt over tid. En videre styrke ved studien er at slagpasienter med ulik alvorlighetsgrad ble vurdert, men gruppeterapien er imidlertid ikke egnet for alle med hjerneslag. Studiene som ble inkludert var videre oversatt fra engelsk til norsk, og kan

ha ført til at noe viktig innhold ikke er blitt fanget opp. Oversettingen er gjort etter beste evne, og dermed har det ikke påvirket resultatene i for stor grad.

6.0 Konklusjon

Selv mord skjer for ofte, og rammer flere enn vi er klar over. I oppgaven blir det nevnt at slagpasienter har stor selvmordsfare sammenlignet med andre. Dette er viktig å være klar over som helsepersonell, slik at vi kan hjelpe dem før det er for sent. For å kunne hjelpe dem er det nødvendig å kjenne til risikofaktorer for selvmord, slik at vi kan sette i verk tiltak tidlig. Gjennom studien ble det funnet at PSD er den største prediktoren for selvmord hos slagpasienter. Hensikten med studien var å se på om antidepressiva og samtalebehandling fungerer effektivt mot PSD, slik at selvmordsfaren hos slagpasienter minker. Resultatene fra forskningsstudiene som ble brukt, viser at begge behandlingsstrategiene var effektive mot PSD. Denne effekten var knyttet til hva slags type depresjon man skulle behandle. I akutfasen er det viktig å se etter depressive symptomer hos slagpasienter, siden depresjon forekommer som oftest tidlig i forløpet. Da sikrer vi at diagnosen blir satt tidlig, og at pasienten unngår å bli alvorlig deprimert og utvikler selvmordstanker. Når PSD blir behandlet effektivt kan slagpasienter oppleve økt livskvalitet, funksjonsbedring og større muligheter for overlevelse, og dermed redusere selvmordsfaren. Videre ble det funnet at det var lite forskning på de nevnte behandlingsmetodene, og derfor trengs det ytterligere mer forskning for å styrke disse funnene nærmere. Dette gjelder ikke antidepressiva alene, men om antidepressiva kombinert med samtalebehandling, og om de ulike samtaleterapiformene.

7.0 Litteraturliste

Aldring og helse. (u.å.). *Problemløsningsterapi (PLT)*. Hentet 1 mai 2023 fra:

<https://www.aldringoghelse.no/psykisk-helse/depresjon-behandling-og-tiltak/problemløsningsterapi-plt/>

Bertelsen, A. K. (2019). Sykdommer i nervesystemet. Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s.326). Gyldendal.

Brask, O.D, Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller – en refleksjonsmodell* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Eriksson, M., Glader, E-L., Norrving, B. & Asplund, K. (2015). Poststroke suicide attempts and completed suicides: A socioeconomic and nationwide perspective. *American Academy of Neurology*, 84 (17), pp.1732. Hentet 10 mai 2023 fra:

<https://n.neurology.org/content/neurology/84/17/1732.full.pdf>

Gonzalez, M.T. (2020). Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. Gonzalez, M.T. (red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s.58-59). Gyldendal.

Helse-bergen. (2020, 28. september). *Kognitiv terapi*. Hentet 1 mai 2023 fra: <https://helse-bergen.no/behandlinger/kognitiv-terapi>

Helsebibloteket (2021, 17. september). *Sjekklistor*. Hentet 5 mai 2023 fra:

<https://www.helsebibloteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>

Helsenorge. (2020, 4. februar). *Hva er hjerneslag?* Hentet 10 mai 2023 fra:

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

Helsenorge. (2021, 9 mars). *Depresjon hos voksne*. Hentet 1 mai 2023 fra:

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-voksne/#risikofaktorer>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. Hentet 10 mai 2023 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1

Hong, J.P., Park, S., Ahn, S-H. & Kim, J.S. (2018). Factors associated with post-stroke suicidal death. *Journal of Psychiatric Research*. 96, pp. 135-137. Hentet 30 mars 2023 fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395617304612?via%3Dihub>

Isaksen, M.S. (2020, 12.mai). *Anerkjenn vernepleierens helse- og sosialfaglige kompetanse*.

Hentet 19 mai 2023 fra: <https://vernepleier.no/2020/05/akerkjenn-vernepleierens-helse-og-sosialfaglige-kompetanse/>

Jorge, R.E., Robinson, R.G., Arndt, S. & Starkstein, S. (2003). Mortality and Poststroke Depression: A Placebo-Controlled Trial of Antidepressants. *The American journal of psychiatry*, 160 (10), pp. 1823-1829. Hentet 23 april 2023 fra:

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176%2Fappi.ajp.160.10.1823>

Kirkevold, M. (2020). Hjerneslag. Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s.473-474, 479). Gyldendal.

Kootker, J., Rasquin, S.MC, Lem, F.C., Heugten, C. MV, Fasotti, L. & Geurts, A. CH. (2017). Augmented Cognitive Behavioural Therapy for Poststroke Depressive Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 98 (4), pp. 687-694. Hentet 18 april 2023 fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999316312345?via%3Dihub>

Kouwenhoven, S. & Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien Forskning*, 8 (4), pp. 335-336. Hentet 10 mai 2023 fra:

<https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/1379261.pdf>

Martinsen, E.W. & Gonzalez, M.T. (2020). Kognitiv atferdsterapi. Gonzalez, M.T. (red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s.376-379). Gyldendal.

Norsk Helseinformatikk (2023, 1. februar). *Hjerneslag*. Hentet 10 mai 2023 fra:

<https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/hjerneslag-og-blodninger/hjerneslag/?page=all>

Nes, R.B, Røysamb, E., Eilertsen, M.G., Hansen, T. & Nilsen, T.S. (2021, 17. desember). *Livskvalitet i Norge*. FHI. Hentet 19 mai 2023 fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>

Niu, Y., Sheng, S., Chen, Y., Ding, J., Li, H., Shi, S., Wu, J. & Ye, D. (2022). The Efficacy of Group Acceptance and Commitment Therapy for Preventing Post-Stroke Depression: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 31 (2), pp.1-8. Hentet 18 april 2023 fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305721006303?via%3Dihub>

Pompili, M., Venturini, P., Lamis, D.A., Giordano, G., Serafini, G., Murri, M.B., Amore, M. & Girardi, P. (2014). Suicide in Stroke Survivors: Epidemiology and Prevention. *Drugs & aging*. 32, pp. 21-24. Hentet 30 mars 2023 fra: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40266-014-0233-x>

Robinson, R.G., Jorge, R.E., Moser, D.J., Acion, L., Solodkin, A., Small, S.L., Fonzetti, P., Hegel, M. & Arndt, S. (2008). Escitalopram and Problem-Solving Therapy for Prevention of Poststroke Depression: A Randomized Controlled Trial. *American Medical Association*. 299 (20), pp.2391-2400. Hentet 23 april 2023 fra: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/181981>

Starkstein, S.E. & Hayhow, B.D. (2019). Treatment of Post-Stroke Depression. *Current treatment options in neurology*. 21 (31), pp.4 Hentet 19 mai 2023 fra:

https://link.springer.com/article/10.1007/s11940-019-0570-5?utm_source=getftr&utm_medium=getftr&utm_campaign=getftr_pilot#Sec1

Tanum, L. (2020). Psykofarmakologi. Gonzalez, M.T. (red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s.399-401). Gyldendal.

Teasdale, T.W. & Engberg, A.W. (2001). Suicide after a stroke: a population study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 55 (12), pp. 863. Hentet 14 mai 2023 fra: <https://jech.bmj.com/content/jech/55/12/863.full.pdf>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Tian, B., Zhang S., Li, Q., Sun, C., Wu, Y., Yang, H. & Gao, Z. (2022). Effect of the combination of cognitive behavioral therapy and oral paroxetine hydrochloride in patients with post-stroke depression. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 21 (9), pp. 1993-2000. Hentet 20 april 2023 fra: <https://www.ajol.info/index.php/tjpr/article/view/234121>

Tuntland, H. (2020). *En innføring i ADL – teori og intervensjon* (2.utg.). Høyskoleforlaget.

Tveito, M. (2020). Psykiske lidelser hos eldre. Gonzalez, M.T. (red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s.225). Gyldendal.

Walby, F.A. & Myhre, M.Ø. (2020). Selvmord, villet egenskade og selvmordstanker. Gonzalez, M.T. (red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s.189-190). Gyldendal.

