

Depresjon etter hjerneslag - et komplekst fenomen

«Hvordan kan hjemmesykepleier identifisere og forebygge utvikling av depresjon hos pasienter etter hjerneslag?»

Kandidatnummer: 453 og 342

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie
Emne 14

Antall ord: 8940

Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 12.04.2021
Tittel: Depresjon etter hjerneslag - et komplekst fenomen	
<u>Problemstilling</u> «Hvordan kan hjemmesykepleier identifisere og forebygge utvikling av depresjon hos pasienter etter hjerneslag?»	
<u>Teoretisk perspektiv</u> I teoridelen blir hjerneslag, depresjon og «Post Stroke Depression» presentert. Videre presenteres ulike kartleggingsverktøy for identifisering av PSD. Deretter kommer sykepleieteori og relevante sykepleiefunksjoner for hjerneslagpasienten. Avslutningsvis presenterer vi vår kontekst som er hjemmesykepleien og juridiske og etiske aspekter som sykepleier bør ha klart for seg i arbeidet med hjerneslagpasienter.	
<u>Metode</u> Bacheloroppgaven er en litterær oppgave, hvor eksisterende fag- og forskningslitteratur er anvendt for å belyse problemstillingen. Vi har valgt ut to kvalitative og tre kvantitative forskningsartikler for å svare på problemstillingen. Våre søk ble gjort i CINAHL, PubMed og Sykepleien Forskning. Funnene er presentert i en artikkelmatrise.	
<u>Drøfting</u> Vi har delt drøftingen inn i syv ulike underkapitler: 1. Depresjon etter hjerneslag, et komplekst fenomen. 2. Ulike kartleggingsverktøy. 3. Sårbare grupper. 4. Effekten av emosjonell og sosial støtte. 5. Aktivisering av den slagrammede 6. Balanse mellom håp og for høye forventninger. 7. Hva kan hjemmesykepleieren bruke funnene til?	
<u>Konklusjon</u> Depresjon etter hjerneslag er komplekst. Sorg kan føre til depresjon hvis det ikke bearbeides. Tidlig identifisering er viktig for å kunne forebygge utviklingen av depresjon. Jevnlig bruk av kartleggingsverktøy øker muligheten for å oppdage depresjon. Samtaler er et viktig supplement til kartleggingsverktøy. Emosjonell og sosial støtte, aktivisering av pasienten og motiverende intervju kan være gode og potensielt kostnadseffektive tiltak i forebygging av depresjon etter hjerneslag.	

(Totalt antall ord: 230)

Innholdsfortegnelse

1	<i>Innledning</i>	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling og avgrensning.....	1
2	<i>Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag</i>	3
2.1	Hjerneslag.....	3
2.2	Depresjon.....	3
2.3	Post Stroke Depression	4
2.4	Sykepleie	6
2.5	Hjemmesykepleie	10
2.6	Juridiske og etiske aspekter	10
3	<i>Metode</i>	12
3.1	Valg av databaser og søkeord	12
3.2	Søkehistorikk.....	14
3.3	Øvrig faglitteratur	16
3.4	Kildekritikk	16
4	<i>Presentasjon av forskningsresultater</i>	18
4.1	Artikkelmatrise	19
5	<i>Diskusjon</i>	24
5.1	Depresjon etter hjerneslag, et komplekst fenomen.....	24
5.2	Ulike kartleggingsverktøy	25
5.3	Sårbare grupper.....	26
5.4	Effekten av emosjonell og sosial støtte	27
5.5	Aktivering av den slagrammede	28
5.6	Balanse mellom håp og for høye forventninger.....	29
5.7	Hva kan hjemmesykepleieren bruke funnene til?.....	31
6	<i>Avslutning</i>	33
	<i>Referanseliste</i>	34

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

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.

- Helseminister Bent Høie
(Regjeringen, 2019)

I Norge er det rundt 15 000 personer som rammes av hjerneslag hvert år. Det er den vanligste årsaken til funksjonshemming her i landet. Hjerneslag påvirker pasienten fysisk, psykisk og sosialt. Den kommende eldrebølgen vil trolig øke andelen av personer som blir rammet av hjerneslag de neste 25 årene (Wergeland et al., 2017, s. 303). Grunnet den gode akuttbehandlingen hjerneslagpasienter får på sykehus, øker overlevelsesraten.

Hjemmesykepleien vil derfor oppleve flere hjerneslagpasienter med funksjonshemming de kommende årene. Så mange som 20-40% opplever depresjon etter et hjerneslag. Depresjon kan ramme pasientene ikke bare i akutfasen, men også senere når pasientene er kommet hjem fra sykehuset og deltar i rehabilitering. Dette kan påvirke pasientens rehabiliteringspotensial (Helsedirektoratet, 2010). Gjennom egen praksis i hjemmesykepleien har vi erfart at psykososiale problemstillinger ofte kan bli oversett av sykepleier. Vi har også sett at depresjon kan være hemmende for pasienter i en rehabiliteringsfase og kan føre til dårligere livskvalitet. For sykepleiere i hjemmetjenesten er det derfor viktig å kunne identifisere og forebygge depresjon hos pasienter som har hatt hjerneslag for å legge et godt grunnlag for videre rehabilitering og for å sikre helhetlig omsorg for pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019, kap. 2.3). På bakgrunn av dette, ønsker vi å skrive om temaet.

1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning

Man kan rammes av to ulike typer hjerneslag, enten hjerneinfarkt eller hjerneblødning. Vi har ikke skilt mellom disse to typene i oppgaven vår. Vi har valgt å utelate pasienter som er rammet av afasi og som er betydelig kognitivt svekket. Pasienter som hadde depresjon og andre psykiske lidelser før hjerneslaget er også ekskludert. Vi har valgt å avgrense vår

oppgave til å omhandle ikke-medikamentelle tiltak som sykepleier kan utføre. Pasientgruppen vår er alle voksne over 18 år. I vår prosess med å finne forskning på depresjon etter hjerneslag, var det få som hadde skilt mellom yngre voksne og eldre. Grunnen til dette kan være vanskeligheter med å få rekruttert nok pasienter. Det ble derfor naturlig å velge alle voksne over 18 år. Vår kontekst er hjemmesykepleien, fordi det er en arena hvor sykepleier møter hjerneslagpasienter over lengre tid. I en slik setting blir kunnskap om å identifisere og forebygge depresjon svært viktig. Derfor blir vår problemstilling:

«Hvordan kan hjemmesykepleier identifisere og forebygge utvikling av depresjon hos pasienter etter hjerneslag?»

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

I teoridelen skal vi presentere de to hovedtemaene fra problemstillingen som er hjerneslag og depresjon. Videre fokuserer vi på fenomenet «Post Stroke Depression» (PSD) og kartleggingsverktøy som er aktuelle for å identifisere depresjon og forebygging av depresjon etter hjerneslag. Vi vil belyse sykepleierollen, hvordan denne kommer til uttrykk i hjemmesykepleien spesielt og det vi mener er de viktigste sykepleiefunksjonene for å besvare vår problemstilling. Deretter skriver vi om den didaktiske relasjonsmodellen og bruk av motiverende intervju som metode. Til slutt presenterer vi noen juridiske og etiske aspekter, som sykepleier bør ha klart for seg i arbeidet med hjerneslagpasienter.

2.1 Hjerneslag

Hjerneslag (apoplexia cerebri) er ikke en ensartet sykdom, men et symptom-bilde som oppstår når blodtilførselen til et område på hjernevevet hindres grunnet blødning fra en arterie i hjernen eller ved hjerneinfarkt (Wergeland et al., 2017, s. 304). Dette fører til umiddelbar skade på hjernevevet som er veldig sårbart for endringer i blodtilførselen. Hjernevevet vil raskt dø når mangel på oksygen- og glukosetilførsel fra blodet overstiger noen få minutter. Når hjerneceller dør i et område i hjernen, fører det til tap av funksjonene som er kontrollert av dette området (Bertelsen, 2017, s. 326).

Hjerneinfarkt skyldes mange patofysiologiske årsaker. Aterosklerose i de store arteriene som forsyner hjernen med blod (arteria carotis interna, arteria vertebralis) er hovedårsaken og utgjør 50%. Aterosklerose i mindre arterier og emboluser fra hjertet utgjør ca. 20-25%. Andre sjeldne årsaker omfatter infeksjoner, hematologiske sykdommer, metabolske sykdommer, immunologiske sykdommer og bivirkninger av legemidler. Hjerneblødning skyldes at et intracerebralt blodkar sprekker. Dette skyldes oftest et ubehandlet høyt blodtrykk over lang tid, eller bruk av blodfortynnende legemidler (Bertelsen, 2017, s. 326).

2.2 Depresjon

Ordet depresjon kommer fra latin og betyr nedtrykking. Begrepet brukes om en sinnsstemning, et syndrom eller en egen gruppe sykdommer. Hummelvoll omtaler depresjon som «en personifisert størrelse som påvirker individet utenfra, og som tiltvinger seg samliv for kortere eller lengre perioder» (Hummelvoll, 2018, s. 193).

Depresjon er en vedvarende følelse av tristhet og nedtrykthet. Den springer ofte ut fra skyldfølelse, en opplevelse av å være mislykket eller utilstrekkelig som menneske. Ved depresjon er mange av de tingene man før kjente glede av, blitt uten betydning (Håkonsen, 2018, s. 254). Aktivitetsnivået er sterkt redusert, og man har mindre energi både fysisk og psykisk. De som er deprimerte synes det er vanskelig å se for seg at ting skal bli bedre, de er ofte svært opptatt av egne følelser og har et negativt fokus. Konsentrasjonsevnen ved gjennomføring av små gjøremål blir vanskeligere (Hummelvoll, 2018, s. 198).

Kroppsholdningen hos deprimerte er preget av lite mimikk, trege kroppsbevegelser og en sammenkrympet holdning. Depresjon kan arte seg ulikt, noen blir urolig og rastløs, mens andre blir sinte og irritable. Fellestrekk er at personen ofte blir apatisk og mangler kraft og vilje til å forandre sin situasjon (Håkonsen, 2018, s. 255).

Karakteristiske kjennetegn på depresjon er nedsatt appetitt, forstoppelse, søvnforstyrrelser, smerter og ubehag, menstrasjonsforstyrrelser, nedsatt potens og seksuell ulyst (Hummelvoll, 2018, s. 198). Det finns tre ulike grader av depresjon - mild, moderat og alvorlig. Ved mild depresjon vil realitetsorienteringen være intakt. Personen kan oppleve sorg, men mistolker ikke andres motiver. Selvaktelsen kan være påvirket slik at personen trenger støtte fra andre. Pasienten vil prøve å unngå å delta sosiale sammenhenger og aktiviteter og være ekstra følsom på avvisinger fra andre. Både konsentrasjon og oppmerksomhet blir forstyrret og pasienten kan oppleve fysisk ubehag (Hummelvoll, 2018, s. 199). Mild depresjon er ofte oversett og tilstanden kan utvikle seg til å bli alvorlig (Kvaal, 2018, s. 442). Ved moderat depresjon vil virkelighetsoppfatningen være påvirket. Pasienten vil oppleve at andre misliker ham, eller ser på han negativt. Dessuten vil andres intensjoner ofte mistolkes. Noen pasienter vil miste evne til impuls kontroll med aggressive utbrudd. Pasienten vil trekke seg tilbake fra sosiale sammenhenger. Ved alvorlig depresjon kommer vrangforestillinger inn i bildet. Evnen til vurdering og å ta beslutninger er sterkt påvirket. Pasienten vil føle seg skyldig, verdiløs, ulykkelig, ubrukkelig, hjelpeløs og håpløs. Tankeprosessen vil være ulogisk og konsentrasjonsevnen, hukommelsen og kommunikasjonsevnen er svært redusert. (Hummelvoll, 2018, s. 199-200).

2.3 Post Stroke Depression

Rundt en tredjedel av alle hjerneslagpasienter rammes av depresjon og forekomsten er like stor i akutfasen som senere i forløpet (Sagen et al, 2007, s. 160-161). Utvikling av depresjon

etter hjerneslag skyldes både biologiske og psykologiske faktorer. Dersom depresjon etter slag ikke blir behandlet fører det til forsinket rehabilitering, redusert kognitiv og ADL-funksjon. Det fører også til økt risiko for nytt slag og høyere mortalitet. Depresjon etter hjerneslag er underdiagnostisert. Grunnen til at det ofte blir oversett kan være fordi symptomene ligner på de man ellers får etter hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010). Det er ikke uvanlig å bli trett, mimikkfattig, og trist etter et hjerneslag, og det kan derfor være vanskelig å vite om det skyldes hjerneslaget eller depresjon. Kvinner har litt høyere risiko for å utvikle depresjon etter slag. Det gjelder også personer med lite sosial støtte, aleneboende og personer med høy utdanning (Sagen et al., 2007, s. 160-164). Andre faktorer som øker sjansen for å utvikle PSD er tidligere historie med depresjon eller angst, familiemedlemmer med depresjon og lave D-vitamin verdier (Hamid & MacKenzie, 2017, s. 33).

2.3.1 Identifisering av PSD

Det er viktig at hjerneslagpasienten følges opp tett i rehabiliteringsfasen, for å få et vellykket resultat (Stubberud, 2017, s. 155). De fysiske endringene pasienten får etter et hjerneslag, fører ikke bare til konsekvenser for de fysiske, men også de psykososiale behovene. Ofte kan det føre til angst og depresjon på grunn av konsekvensene endringene gir for livskvalitet og livsutfoldelse (Stubberud, 2017, s. 154). Sykepleiers evne til å kunne identifisere et korrekt symptombilde og vurdere dets alvorlighetsgrad er pasientens førstelinjeforsvar. Det er sykepleieren som er hjemme hos pasienten mest i løpet av døgnet, og hennes observasjoner er avgjørende for hva slags behandling som blir iverksatt (Stubberud, 2017, s. 50-51).

Sykepleiere i hjemmesykepleien kan synes det er utfordrende å få brukt kompetansen sin på rett måte til rett tid på grunn av strukturelle og økonomiske rammer (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 43). Vanligvis når sykepleier observerer tegn på sykdom, vil det si at sykepleier ser etter objektive, målbare data som puls, blodtrykk og temperatur. Depresjon kan ikke måles på denne måten. Den korte tiden sykepleier tilbringer med pasienten vanskeliggjør sykepleierens mulighet til å bli kjent med pasienten. Standardiserte kartleggingsverktøy eller skjemaer kan derfor være nyttige hjelpemidler for å identifisere pasientens utfordringer. Symptomene på depresjon vil si pasientens egne sykdomsyttringer. De er pasientens subjektive opplevelser av hva som føles unormalt (Stubberud, 2017, s. 50-51).

2.3.2 Kartleggingsverktøy

Den beste måten for å kartlegge depresjon etter hjerneslag er et strukturert psykiatrisk intervju gjort av en psykolog (Sagen et al., 2007, s. 164; Mitchell, 2016, s. 1). Det er derimot vanskelig å få tid til i praksis hvor hverdagen ofte er travel. I stedet blir det ofte brukt andre strukturerte spørreskjemaer. Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), Beck Depression Inventori-II (BDI-II) og Geriatrik depresjonsskala (GDS) og Pasient Health Questionnaire (PHQ-9) er gode alternativer. Sykepleiere som er trent i å bruke spørreskjemaet MADRS var gode på å kartlegge depresjon hos slagpasienter også sett opp imot et psykiatrisk intervju (Mitchell, 2016, s. 2).

MADRS tar for seg ti emosjonelle områder: observert tristhet, indre spenning, rapportert tristhet, forstyrret søvn, nedsatt appetitt, initiativløshet, depressivt tankeinnhold, konsentrasjonsvansker, svekkede følelsesmessige reaksjoner og suicidaltanker. Skalaen går fra 0-60, hvor 0-6 er indikerer fravær av depresjon, 7-19 mild depresjon, 20-34 moderat depresjon og 35-60 alvorlig depresjon. Skalaen fylles ut basert på observasjon og et semistrukturert intervju med pasienten eller andre som står pasienten nær. GDS er et utfyllingsskjema som pasienten selv besvarer. Det består av 30 ja/nei spørsmål. En skår over 11 indikerer depresjon. Det anbefales at det gjennomføres som et intervju (Kirkevold, 2018, s. 129). BDI-II måler ulike symptomer på depresjon, og testen er god på å registrere endringer gjennom et behandlingsforløp og under en depresjon (Sagen et al, 2007, s. 165).

2.4 Sykepleie

Sykepleie bygger på et grunnlag av teoretisk kunnskap utviklet innenfor sykepleiefaget og innenfor naturvitenskaplige, samfunnsvitenskapelige og humanistiske fag. Utøvelsen av sykepleie krever at sykepleier tar faglige avgjørelser basert på forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, samt evner å ivareta pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (Kristoffersen et al., 2017, s. 17). Samtidig må sykepleier bruke sansene sine oppmerksomt og bevisst i møte med pasienten.

2.4.1 Sykepleiefunksjoner

Kristoffersen identifiserer åtte ulike sykepleiefunksjoner. Helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon

og ledelse og til slutt fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen et al., 2017, s. 17). Under presenterer vi de funksjonene som er mest aktuelle for oppgaven vår.

❖ **Forebyggende funksjon**

Den forebyggende funksjon innebærer at sykepleier forebygger ytterligere skade og opprettholder funksjonsnivået til hjerneslagpasienten. Å forebygge komplikasjoner og opprettholde normale funksjoner kan være avgjørende tiltak som bidrar til at pasienten får best mulig utbytte av andre terapeutiske tiltak. I denne oppgaven fokuserer vi på sykepleiers sekundærforebyggende funksjon. Sykepleier fokuserer på å identifisere helsesvikt eller risikoen for det i en tidlig fase. På denne måten kan det iverksettes tiltak for å hindre utvikling av helsesvikt og forverring av sykdomsbildet (Kristoffersen et al., 2017, s. 18).

❖ **Rehabiliterende funksjon**

Rehabilitering er definert som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.» (Helsedirektoratet, 2010). I slagrehabilitering er det vesentlig å starte opptrening av funksjoner så tidlig som mulig. Sykepleier gjennomfører intervensjoner for å bedre og bevare funksjonsnivået både i akutt fase og senere i rehabiliteringsforløpet (Romsland et al., 2015, s. 29). For en person rammet av hjerneslag vil det bety en personsentrert prosess som starter allerede første dag etter slaget. Rehabilitering innebærer ikke bare å gjenvinne fysisk funksjon, men også det å venne seg til en ny livssituasjon. Behovet for rehabilitering varierer fra person til person avhengig av omfang og hvilke funksjonsnedsettelse sykdommen har gitt (Helsedirektoratet, 2010, s. 91).

Når man snakker om rehabilitering, er det viktig å tenke helhetlig. I tillegg til de fysiske behovene, er det viktig å ta i betraktning pasientens psykososiale behov (Stubberud, 2017, s. 44). Pasienter opplever sykepleiere som omsorgsfulle når de opplever at sykepleier ser dem som enkeltindivider og ikke bare som pasienter. Dersom sykepleier klarer å se personen bak sykdommen, vil det være mye lettere å kunne gi personsentrert sykepleie. Personsentrert sykepleie innebærer å gi en individuell tilnærming og forstå pasienten som en aktiv og likeverdig person (Stubberud, 2017, s. 45).

I rehabiliteringsprosessen er det viktig at pasienten er gjort til en aktiv deltaker. Gjennom å styrke pasientens selvfølelse, ferdigheter og kunnskap, kan pasientens mestringsevne økes. Dersom pasienten forblir passiv, vil han kunne oppleve maktesløshet - en følelse av å ikke ha kontroll over eget liv. Sykepleieprosessen er en viktig del av den rehabiliterende funksjonen for sykepleier. Gjennom dens mellommenneskelige dimensjon kan sykepleieren skape et styrkende og bekræftende miljø for pasienten. Siden kan sykepleier fylle den problemløsende dimensjonen av sykepleieprosessen - Å kartlegge, observere, vurdere, planlegge og implementere tiltak samt evaluere i etterkant (Stubberud, 2017, s. 46-47).

❖ **Lindrende funksjon**

Etter alvorlig sykdom, som et hjerneslag, befinner pasienten seg i en krisesituasjon. Hvordan man som sykepleier støtter pasienten, er ofte avgjørende for hvordan forløpet blir. Sykepleiers lindrende funksjon gjør seg gjeldene dersom oppstått sykdom eller skade ikke kan fjernes helt. Fokuset blir da å redusere den negative belastningen (Kristoffersen et al., 2017, s. 18). For sykepleier er det viktig å prøve å iverksette tiltak for å lette emosjonell smerte og lidelse som følge av hjerneslaget (Romsland et al., 2015, s. 29). Dersom pasienten ikke viser initiativ til å søke sosial støtte, kan sykepleier mobilisere de pårørende. Ved å snakke med andre vil noen av spenningene som skaper bekymringer slippes fri. Dersom et menneske skal endre og tilpasse seg en ny situasjon, er de sosiale relasjonene rundt avgjørende (Håkonsen, 2018, s. 209).

Det viktigste for pasienter i krise er at man viser at man har tid. Å tilbringe tid sammen med den rammede, lytte interessert og oppriktig og gi de muligheten til å dele sine bekymringer. Å vise muligheter og løsninger for pasienten er lettere etter at man har lyttet til bekymringer og opplevelser. Sykepleier må være forsiktig med å vise mulighetene for tidlig, slik at pasienten ikke opplever at sykepleier bagatelliserer situasjonen. De beste løsningene finner man som regel selv, selv om dette kan ta tid. Gjennom å vise aksept for sterke følelsesmessige reaksjoner hos pasienten og samtidig normalisere dette, vil ikke pasienten kjenne seg så unormal. Dermed unngås at pasienter får en ekstra reaksjon fordi de eller andre ikke aksepterer deres følelser (Håkonsen, 2018, s. 259).

Både slagpasienten og deres pårørende kan gjennomgå en sorgprosess som reaksjon på tapene hjerneslaget fører med seg. Sykepleier er til stede, trøster og anerkjenner vanskelighetene og

lidelsene pasienten erfarer (Romsland et al., 2015, s. 29). For pasienter med et lite sosialt nettverk, er det viktig å informere om selvhjelpsgrupper, aktivitetssenter og ulike rådgivningstjenester (Hummelvoll, 2018, s. 213). Mangel på sosiale relasjoner kan hemme muligheten for positiv endring hos et menneske. Gjennom andre kan man få trøst og sympati, råd eller hjelp. Sosial støtte blir dermed en beskyttelse mot stress og negative påkjenninger (Håkonsen, 2018, s. 259).

❖ **Undervisende og veiledende funksjon**

Denne funksjonen handler om hvordan sykepleier kan møte behovet for forståelse og kunnskap for å ivareta pasientens egen helse (Kristoffersen et al., 2017, s. 19). Gjennom den undervisende og veiledende funksjon forsøker sykepleier å vise pasienten sine ressurser, begrensninger og skape realistiske forventinger for rehabiliteringen og livet videre. At sykepleier hjelper pasienten å se rehabiliteringen i et tids- og bedringsperspektiv er også en viktig oppgave (Wergeland et al, 2017, s. 304). En modell som kan brukes for å oppnå dette er den didaktiske relasjonsmodellen. Den didaktiske relasjonsmodellen har syv ulike elementer. Deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, metoder, vurdering og relasjonen mellom hvert enkelt element (Tveiten, 2016, s. 83).

En annen modell som også kan benyttes av sykepleier gjennom den undervisende og veiledende funksjon er Motiverende Intervju (MI). Miller og Rollnick definerer MI som en samarbeidsorientert metode for samtale med et mål om å forsterke personens egenmotivasjon, vilje og forpliktelse for endring. MI må være målrettet, personsentrert og med fokus på pasientens syn på sin situasjon og livsstil (Tveiten, 2016, s. 133). Etter et hjerneslag kan MI brukes som et verktøy for å styrke pasienten sin mestringstro og optimisme (Hamid & MacKenzie, 2017, s. 38). Nøkkelementer i MI-holdningssettet er aksept, medfølelse, samarbeid og fremkalling av endringssnakk. Holdningssettet innebærer at hjelperen aksepterer pasientens utfordringer, er fordomsfri og respekterer pasientens autonomi og beslutninger. MI foregår gjennom fire faser – å engasjere pasienten, utforske endringsberedskap hos pasienten, fremkalle endringssnakk og å planlegge. For å kunne definere samtalen som MI-samtale er det nødvendig at samtalen gjennomgår de tre første fasene (Ivarsson, 2017, s. 16-18).

2.5 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleierens funksjonsområder er flere og mer omfattende enn i en spesialisert sykehusavdeling. I tillegg til å gi behandling og pleie skal sykepleier også ha fokus på forebygging og rehabilitering (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 39). I hjemmetjenesten er det behov for kompetanse på et bredt felt for å ivareta pasientens ulike behov. Denne kompetansen er vesentlig for å bidra til individuelle helhetlige pasientforløp. Sykepleier har ofte kontakt med pasienten over en lengre tid. Samhandlingen blir derfor ofte mer personlig og uformell enn i institusjon (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 44-45). Jevnlige helsevurderinger, kartlegging av risikofaktorer og relasjonsbygging er viktige arbeidsoppgaver for en hjemmesykepleier. Undervisning og veiledning er også sentrale sykepleiefunksjoner rettet mot pasienter som lever med kronisk sykdom, slik hjerneslag pasienter gjør (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 45).

Det er en rekke ulike faktorer som styrer hvordan hjemmesykepleien blir organisert. I Norge har kommunene frie tøyler i forhold til hvordan de ønsker å organisere sine tjenester. De fleste kommuner velger å organisere tjenesten etter bestiller-utfører-modellen (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 41). Dette innebærer i praksis at pasientenes søknad om hjemmesykepleie går gjennom et bestillerkontor, som gjennomfører en vurdering av pasientens behov, og deretter fatter vedtak om hjemmesykepleie. Vedtakene omformuleres til de ansatte som gjøremål (Fermann & Næss, 2018, s. 246).

Som et motstykke til bestiller-utfører-modellen har det i de siste årene vokst frem en ny modell, tillitsmodellen. Idéen bak denne modellen er å gi mer makt til pasientene og få et større fokus på sykepleieprosessen og ikke bare utøvelsen av selve oppgaven sykepleier skal gjøre. Gjennom samarbeid med sykepleier kan pasientene vurdere sitt eget behov for hjelp. Dermed vil pasientene være mer delaktig i defineringen av vedtakets innhold (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 42).

2.6 Juridiske og etiske aspekter

I oppgavens kontekst møter sykepleier hjerneslagpasienten i hjemmet. Hjemmet utgjør et skille mellom privat og offentlig rom. Når sykepleier går inn i hjemmet daglig, forandrer hjemmet seg til å bli en arena for profesjonell omsorg og skillene viskes ut. Faglig forsvarlighet står sentralt i all utøvelse av helsehjelp, også i hjemmesykepleien. I

Helsepersonelloven §4 står det: «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).

Hjemmesykepleie er regulert av Helse- og omsorgstjenesteloven. Lovens formål er i hovedsak at kommunene skal gi tjenester som forebygger, behandler og tilrettelegger for mestring av sykdom, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Videre skal kommunene sørge for at de som mottar helsetjenester skal kunne leve et selvstendig liv, og ha en meningsfull og aktiv tilværelse (Gjevjon, 2016, s. 215-216).

Rett til selvbestemmelse er sentralt i sykepleieetikken, og det inngår også i de fire etiske prinsippene under autonomi. Prinsippet om pasientautonomi har fått en stadig mer fremtredende plass også i det norske helsevesen (Brinchman, 2017, s. 89). I punkt to i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Dernest står det i punkt fem at sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon. Videre står det også at sykepleier skal forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019). Punkt to og fem står sentralt i vår oppgave når sykepleier skal gi informasjon til pasienter med hjerneslag som også kan være deprimert.

3 Metode

Oppgaven vår er en litterær oppgave som bygger på eksisterende teori, forskning og fagkunnskap (Dalland, 2017, s. 199). Busch sier at studentarbeid bør ha høy metodebevissthet. Dette gjelder også for vår litterære oppgave, men er spesielt viktig når studenter samler inn egen empiri (Busch, 2013, s. 26). Metoden vi bruker i oppgaven vår er et litteratursøk i ulike databaser rundt eksisterende forskning. I dette kapittelet legger vi frem valg av databaser og hvordan vi har funnet forskningen gjennom en beskrivelse av søkeord i tabell 1. Vi presenterer hvilke inklusjonskriterier vi har brukt i våre søk. Øvrig faglitteratur beskrives også, samt en kritisk gjennomgang av kildene våre.

3.1 Valg av databaser og søkeord

Vi har brukt PICO for å finne søkeord ut fra problemstillingen. PICO et hjelpemiddel for å operasjonalisere en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 86). Ut fra PICO fant vi søkeordene på norsk. Ved hjelp av nettsiden SveMed+ og MeSH på norsk og engelsk (Helsebiblioteket, u.å) som er laget i samarbeid mellom Helsebiblioteket og Universitet i Agder fant vi MeSH-ordene som ble brukt i søkemotorene. Se vedlegg 1.

Vi har brukt ulike fremgangsmetoder for å finne relevant forskning til oppgaven. Først prøvde vi å gjøre søk i CINAHL og PubMed. Vi har valgt å bruke CINAHL og PubMed fordi de er to store anerkjente databaser som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. Etterpå gjorde vi søk i Sykepleien Forskning for å prøve å finne en norsk forskningsartikkel. Søkeordene vi brukte var «Post Stroke Depression». Vi avgrenset søket til mellom 2010-2020. Da fikk vi åtte treff. En av treffene var «Å leve med depresjon etter hjerneslag». Vi så den som relevant ettersom pasientenes egne erfaringer kom fram i dybdeintervjuene, det var norsk forskning og fagfelleurdert. Intervjuene ble for det meste gjort hjemme hos pasienten i løpet av de 18 påfølgende månedene etter hjerneslaget, og passet sådan godt inn i vår kontekst som er i hjemmesykepleien.

Videre gjorde vi et søk i PubMed for å se om vi kunne finne flere relevante artikler. Søkeordene vi brukte var «Stroke», «Depression» og «Rehabilitation» som MeSh terms. Det ga oss 47 treff, hvor vi leste åtte sammendrag. Til slutt fant vi en spennende artikkel fra Taiwan om effekten av sosial støtte på depresjon etter hjerneslag. Vi har lest i fagbøker at sosial støtte er viktig for pasienter med depressive symptomer (Hummelvoll, 2018, s. 213) og

valgte derfor å inkludere «Effect of Social Support and Health Education on Depression Scale Scores of Chronic Stroke Patients» som en av artiklene våre.

Etter å ha lest helsedirektoratets sin nasjonal faglige retningslinje for hjerneslag, så vi at motiverende intervju kan være nyttig å bruke hos personer som hadde gjennomgått hjerneslag. Gjennom CINAHL brukte vi søkeordene «Stroke», «Motivation» og «Treatment Outcomes» som MeSH terms. Søket ga oss 33 treff, vi leste seks sammendrag før vi fant artikkelen «The 12-Month Effects of Early Motivational Interviewing After Acute Stroke» Den ble inkludert på bakgrunn av at den viste at intervensjonsgruppen, som hadde fått fire MI-samtaler, hadde bedre humør tre og tolv måneder etter gjennomgått hjerneslag. Dette synes vi var relevant for vår problemstilling, som jo er ikke-medikamentelle måter for sykepleier å forebygge depresjon etter hjerneslag.

Vi fant også vår fjerde artikkel i CINAHL. Søkeordene vi brukte var «Stroke», «Home Rehabilitation» og «Life Experiences» som MeSH terms. Søkeordene ble brukt for å finne en kvalitativ artikkel, for å få mer dybde i pasientenes opplevelser. Av fire fant vi to relevante artikler som vi leste. En ble inkludert og det var «Striving for a Life Worth Living: Stroke Survivors Experiences of Home Rehabilitation». Dette er en kvalitativ forskningsartikkel som undersøker pasienter rammet av et mildt eller moderat slags erfaring med rehabilitering i hjemmet. Dermed er den svært aktuell for vår artikkel hvor hjemmet er kontekst i forbindelse med utøvelse av hjemmesykepleie til slagpasienter.

Den siste artikkelen vi fant er fra 2007. Vi ville prøve å finne flere alternativer til gode kartleggingsverktøy av depresjon som sykepleiere kunne bruke. Søkeordene vi brukte var «Strokepatients», «Depression» og «Health Screening» som MeSH terms i CINAHL. Vi fikk syv treff og leste to sammendrag før vi fant «Evaluation of a Single-item Screening Tool for Depression After Stroke: a Cohort Study». Denne artikkelen ble inkludert fordi den viste oss et nytt kartleggingsverktøy som er veldig enkelt for sykepleiere å bruke for å identifisere depresjon etter hjerneslag.

3.2 Søkehistorikk

#	Database	Søke dato	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Leste sammen drag	Inkludert artikkel
1	Sykepleien Forskning	01.12 .2020	« Post Stroke Depression »	Publiseringsdato: «2010-2020»	8	4	Kouwenhoven, S. E. & Kirkevold, M. (2013). <i>Å leve med depresjon etter hjerneslag.</i>
2	PubMed	01.12 .2020	Advanced search ((Depression [MeSH Terms]) AND (Stroke [MeSH Terms])) AND (Stroke Rehabilitation [MeSH Terms])	Publiseringsdato: «2010-2020» Article type: «Clinical Trial - Randomized Controlled trial»	47	8	Lin, F.-H., Yih, D. N., Shih, F.-M., & Chu, C.-M. (2019). <i>Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients.</i>
3	CINAHL	1.12. 2020	« Stroke+ » AND « Motivation+ » AND « Treatment Outcomes+ »	Publiserings dato: «2010-2020» «Peer Reviewd»	33	6	Watkins, C. L., Wathan, J. V., Leathley, M. J., Auton, M. F., Deans, C. F., Dickinson, H. A., Jack, C. I. A., Sutton, C. J., van den Broek, M. D., & Lightbody, C. E. (2011). <i>The 12-Month Effects of Early Motivational Interviewing After Acute Stroke.</i>
4	CINAHL	22.03 .2021	« Stroke+ » AND	Publiserings dato: «2010-2021»	4	2	Taule, T., Strand, L. I., Skouen, J. S., &

			«Home Rehabilitati on+» AND «Life Experiences +»	«Peer Reviewd»			Råheim, M. (2015). <i>Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation.</i>
5	CINAHL	19.03 .21	«Stroke Patients+» AND «Depression +» AND «Health Screening+»	Publisering dato: «2005-2021»	7	2	Watkins C. L., Lightbody C. E., Sutton C. J., Holcroft L., Jack C. I. A., Dickinson H. A., van den Broek M. D., & Leathley M. J. (2007). <i>Evaluation of a single-item screening tool for depression after stroke: a cohort study.</i>

3.2.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er med på å tydeliggjøre og avgrense litteratursøket, og gjøre søket mer hensiktsmessig (Thidemann, 2015, s. 84). Forskningen vi har inkludert er gjort i land som har tilsvarende kvalitet på helsevesenet sitt som Norge. Forskningen vi har funnet er norsk og britisk, samt en artikkel fra Taiwan.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Hjerneslagpasienter > 18 år	< 18 år
Depresjon etter hjerneslag	Tidligere depresjon eller behandling for psykiske lidelser
Under rehabiliteringsprosessen	
IMRAD-struktur	Uten IMRAD-struktur
Oppfyller CASP-kriteriene	Ikke oppfylt CASP-kriteriene
Fagfelleurdert	Ikke fagfelleurdert

Godkjent av etiske komité	Ikke godkjent av etiske komité
Språk: Engelsk - Norsk	Andre
Ikke medikamentelle tiltak	Medikamentelle tiltak

3.3 Øvrig faglitteratur

Fagbøkene som er benyttet i oppgaven er norske. Mange har vært brukt som pensum i tidligere emner, mens andre er selvvalgte. De fleste bøkene vi har brukt har sykepleiestudenter som målgruppe, og dermed også et tydelig sykepleiefaglig perspektiv. Vi har også brukt to engelske fagartikler, som vi synes var gode fordi de var skrevet for sykepleiere og kunne hjelpe med å svare på problemstillingen. Flere forskningsartikler, i tillegg til de vi presenterer i artikkelmatrisen, er også brukt i diskusjonsdelen. De ble brukt for å bidra til å belyse problemstillingen bedre, samt understøtte argumenter vi kommer med.

3.4 Kildekritikk

Å lese en tekst kritisk er nødvendig når man skal bruke teksten til å skrive akademisk. Ved reflekterende og kritisk lesing, tenker man gjennom påstander og opplysninger i teksten (Thidemann, 2015, s. 35).

Vi har etter beste evne prøvd å bruke primærkilder, men på grunn av en pågående pandemi av Covid-19, har det til tider vært utfordrende. Bibliotek og bokhandlere har vært stengt i perioder, og derfor er det flere sekundærkilder. Vi vurderte artiklene ut fra om de hadde IMRaD- struktur. IMRaD-struktur vil si at artikkelen har introduksjon, metode, resultat og diskusjonsdel. IMRaD-struktur er anerkjent som disponering av tekst i vitenskapelige artikler (Thidemann, 2015, s. 30). Vurderingen av artiklene gjorde vi sammen for å sørge for at viktig informasjon ikke ble utelatt. Vi hadde også fokus på at artiklene skulle være godkjent av en etisk komité. Det sikrer at forskningen som er gjort har tenkt på konfidensialitet og informert samtykke (Busch, 2013, s. 62). Av våre fem artikler er to kvalitative og tre kvantitative. De to kvalitative artiklene brukte begge en-til-en-intervjuer. Denne type intervju er god å bruke når man ønsker detaljerte beskrivelser, følelser og erfaringer eller å diskutere personlige tema (Christoffersen et al., 2015, s. 72). For å svare på problemstillingen, ønsket vi nettopp en dyp forståelse av hvordan hjerneslagpasienter med og uten depresjon opplever tiden etter utskrivelse fra sykehus. De kvantitative artiklene ble brukt for å begrunne bruk av

motiverende intervju, sosial støtte og kartleggingsverktøy, som er tiltak sykepleier kan utføre med tanke på forebygging og kartlegging av depresjon.

Vi har valgt å inkludere to forskningsartikler skrevet av Watkins et al. Det kan være en ulempe at våre forskningsartikler ikke har bredere utvalg av forfattere. Vår begrunnelse for å gjøre det sånn er at Watkins er en av de mest sentrale forskerne på pasienter med hjerneslag og depresjon i Europa de siste 15 årene. Denne forfatteren har publisert mange artikler som ofte er sitert i annen forskning på samme tematikk. Utvalget av pasienter i Kouwenhoven & Kirkevold, og Taule et al. sine artikler er få, bare ni og åtte personer. Det kan gjøre at man går glipp av relevante problemstillinger hos pasienter som har opplevd det samme. Styrken er at det er norsk forskning som har god overføringsverdi. I forskningen gjort av Taule et al. er flere profesjoner involvert sammen med sykepleiere i et tverrfaglig team. Fordi rehabiliteringen ofte er en tverrfaglig prosess, ser vi på det som en styrke.

I Watkins et al. 2011 sin forskningsartikkel om effekten av motiverende intervju var metoden Randomized Controlled Trial. Metoden er ansett som gullstandaren for å undersøke effekt av årsakssammenhenger (Christoffersen et al., 2015, s. 211). Utvalget av pasienter var nesten 400. En svakhet er at det var pasienter fra samme geografiske område i England, og sånn sett kan studien ha noe redusert overføringsverdi til norsk helsevesen.

Artikkelen fra Taiwan er fra et ikke-vestlig land, som kan gjøre overføringsverdien mindre relevant. Selv om det var ergoterapeuter som gjennomførte intervensjonene i forskningen, mener vi likevel det har en god overføringsverdi fordi viktige sykepleierfunksjoner innebærer trøst, emosjonell og sosial støtte. I tillegg er Taiwan sitt helsevesen rangert som nr 1 ifølge Numbeo sin vurdering av ulike land sitt helsevesen (Numbeo, 2021). Numbeo er verdens største database for informasjon om land og byer og statistikken deres er publisert i forskningsstudier (Kaklauskas et al., 2017).

Vi har ekskludert forskning som er eldre enn ti år i våre litteratursøk, med ett unntak hvor «Evaluation of a Single-item Screening Tool for Depression After Stroke: a Cohort Study» fra 2007, ble inkludert fordi vi fortsatt mener den er aktuell. Forskerne har ikke ekskludert pasienter som hadde tidligere depresjon, men vi ser ikke det som en svakhet fordi hensikten var å se hvor nøyaktig the Yale var for å identifisere depresjon uavhengig av årsak.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I oppgaven vår har vi valgt å inkludere fem forskningsartikler. To av artiklene er kvalitative og beskriver utdypende hvordan hjerneslagspasientene opplever tiden etter hjerneslaget, mens de tre andre går nærmere inn på ulike ulike metoder sykepleier kan bruke for å identifisere og forebygge depresjon. Depressive symptomer og konsekvenser etter slaget er vevd sammen og er vanskelig å skille. Ensomme eldre og unge voksne med familie og jobb skiller seg ut som to sårbare grupper for å utvikle depresjon (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Å vise emosjonell støtte, fremme håp og ha gode kommunikasjonsferdigheter er egenskaper som ble beskrevet av hjerneslagpasienter som essensielle for hjemmesykepleiere (Taule et al., 2015). Sosial støtte kombinert med rehabilitering reduserte skåren på depresjonskalaen hos pasienter med hjerneslag, i forhold til de som bare fikk rehabilitering (Lin et al., 2019). Motiverende intervju gir bedre humør og reduserer dødelighet hos hjerneslagpasienter 12 måneder etter gjennomgått slag (Watkins et al., 2011). Yale-Brown single item screening questionnaire (The Yale), som består av ett spørsmål, er vurdert til å identifisere depresjon på en tilfredsstillende måte etter både to uker og tre måneder, sammenlignet med det mer omfattende kartleggingsverktøyet MADRS (Watkins et al., 2007). Under presenteres metode, hensikt og flere funn i våre utvalgte forskningsartikler satt inn i en artikkelmatrise.

4.1 Artikkelmatrise

#	Forfatter	Title	Tidsskrift	Hensikt	Design/Metode	Funn
1	Kouwenhoven, S. E. & Kirkevold, M. (2013).	Å leve med depresjon etter hjerneslag	Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning	Presentere en samlet beskrivelse av forløpet for depresjon etter hjerneslag fra akuttfasen til 18 måneder etter slaget.	Kvalitativ studie med longitudinelt, deskriptivt design, og er basert på gjentatte dybdeintervjuer av ni personer som alle hadde milde til moderate depressive symptomer i akuttfasen etter slaget. Inklusjonskriterier var: over 18 år, Hjerneslag for første gang, Kognitivt i stand til å gjennomføre intervju, Skårer over 14 på BDI, Forstår og snakker norsk. Eksklusjonskriterier: terminal sykdom, antidepressiva eller medikamenter for bipolar lidelse ved slagtidspunktet.	Resultatene viser at depressive symptomer og konsekvensene etter slaget er vevd sammen og vanskelig og skille. Depresjonssymptomene ble forklart med utgangspunkt i det som var tapt etter slag. To hovedtema som gikk igjen var: Å være fanget i egen kropp og å miste seg selv. Kartleggingsverktøy bør suppleres med samtale. To sårbare grupper for utvikling av depressive symptomer er yngre personer med mange forpliktelser og eldre aleneboende. For høye mål, som ikke ble nådd, er også assosiert med flere depressive symptomer.

2	Lin, F.-H., Yih, D. N., Shih, F.-M., & Chu, C.-M. (2019).	Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patient	Medicine.	Undersøke effekten av sosial støtte på depresjon hos pasienter med hjerneslag og forholdet mellom demografi og sykdomsegenskaper over 12 uker.	Intervensjonsstudie over 12 uker med 62 deltagere som ble delt inn i intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk rehabilitering og fikk emosjonell og sosial støtte. Kontrollgruppen fikk bare rehabilitering. Eksklusjonskriterier: Pasienter som mottok psykiatrisk behandling.	Depresjonsnivået hos intervensjonsgruppen hadde falt signifikant fra uka 1 til uke 8. Kontrollgruppen hadde ingen endring på depresjonsskala. Høyere depresjonsnivå var assosiert med smerter, usikker økonomi, lite sosial og emosjonell støtte.
3	Watkins, C. L., Wathan, J. V., Leathley, M. J., Auton, M. F., Deans, C. F., Dickinson, H. A., Jack, C. I. A., Sutton, C. J., van den Broek, M. D.,	The 12-month effects of early motivational interviewing after acute stroke: a randomized controlled trial.	Stroke, 42(7).	Hensikten med studien var å se om Motiverende Intervju kan forbedre slagspasienter sitt humør og dødelighet.	RCT-studie hvor 207 personer var i kontrollgruppen, mens 204 personer var i intervensjonsgruppen. Alle personene ble kartlagt gjennom GHQ (General Health Questionnaire), SEQ (Stroke Expectations Questionnaire) og ADL (Barthel) før de ble tilfeldig plassert i enten kontrollgruppen eller intervensjonsgruppen. Eksklusjonskriterier: Pasienter med alvorlig kommunikasjonsproblemer eller alvorlig kognitiv svikt.	Intervensjonsgruppen hadde signifikant bedre humør enn kontrollgruppen både etter tre måneder og 12 måneder. Intervensjonsgruppen hadde også lavere dødelighet, men dette er man usikker på om kan tilskrives MI-samtalene alene. Det var ingen signifikant forskjell på ADL eller SEQ. Pasienter som mottok MI-samtaler hadde mer realistiske forventninger om rehabiliteringen

	& Lightbody, C. E. (2011).				Intervensjonsgruppen hadde fire samtaler med Motiverende Intervju i tillegg til vanlig rehabilitering etter hjerneslag, mens kontrollgruppen hadde vanlig rehabilitering. Begge gruppene ble så kartlagt på nytt etter 3 måneder og 12 måneder.	etter hjerneslag. Dette gjør at de trolig har mindre sannsynlighet for å utvikle depresjon, sammenlignet med kontrollgruppen.
4	Taule, T., Strand, L. I., Skouen, J. S., & Råheim, M. (2015).	Striving for a life worth living: stroke survivors experiences of home rehabilitation.	Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29(4).	Hensikten med studien var utforske opplevelsen med tidlig støttet utskrivelse til hjemmerehabilitering for hjerneslagspasienter som hadde hatt et mildt til moderat slag. Studien ble utført i Bergen, Norge.	Åtte hjerneslagspasienter ble fulgt opp av et tverrfaglig helseteam i seks måneder etter utskrivelse fra sykehus. Pasientene var fire menn og fire kvinner i alderen 45-80-år. Kvalitative intervjuer ble gjort i en RCT-studie seks-åtte måneder etter hjerneslaget. Hjemmerehabiliteringen begynte innen 1 uke etter utskrivelse fra sykehus. Rehabiliteringen var tverrfaglig, og både sykepleier, fastlege, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped var involvert i rehabiliteringen. Den varte i maks fem uker og kunne ha opptil fire timer	Funnene ble delt opp i 3 ulike temaer: <u>(1)Håp for et liv verdt å leve:</u> Flere uttrykte at de strevde med å tilpasse seg til en endret livssituasjon, men at håp var viktig kilde for motivasjon. <u>(2)Traumer på grunn av endret kropp; forstå emosjonelle reaksjoner:</u> Pasientene uttrykte at de strevde med å bli kjent med sin endrede kropp etter hjerneslaget. For å gjenvinne kontroll i livet sitt, var det essensielt at de klarte å prosessere sine emosjonelle

					med rehabilitering om dagen. Den startet med å sette et mål og på slutten av de fem ukene, hadde de en evaluering.	reaksjoner. Flere pasienter uttrykte at selv om de fikk tett oppfølging av ulike helsepersonell, følte de at ble sittende alene med sterke bekymringer som de hadde. <u>(3)Samspillet med helsepersonell; utfordringen med gjensidig tillit.</u> Helsepersonell som var engasjert og empatisk gjorde møtene med pasientene gode. Spesielt likte de å være med helsepersonell som tok seg tid til å lytte og tilby trøst.
5	Watkins C. L., Lightbody C. E., Sutton C. J., Holcroft L., Jack C. I. A., Dickinson H. A., van den Broek M. D.,	Evaluation of a single-item screening tool for depression after stroke a cohort study	Clinical Rehabilitation, 21(9).	Finne ut av nøyaktigheten og hvordan bruken av «the Yale», et kartleggingsinstrument som bare består av ett spørsmål, er i klinisk bruk. Er det nøyaktig	122 pasienter uten alvorlig kognitiv svikt eller alvorlig svekket kommunikasjon er inkludert i studien. 53% var menn og gjennomsnittsalderen var 74år. Pasientene sitt depresjonsnivå ble kartlagt først med MADRS og deretter the Yale. Rekkefølgen ble	Ved uke to hadde the Yale 85% effektivitet sammenlignet med MADRS. Etter tre måneder hadde effektiviteten økt til 92% effektivitet sammenlignet med MADRS. Resultatene tyder på at the Yale er en tilfredsstillende metode for å skåre depresjon etter

<p>& Leathley M. J. (2007).</p>			<p>og bra nok til å bruke for å skåre depresjon hos hjerneslagspasienter, målt opp mot Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).</p>	<p>gjort for på den måten for å hindre at pasientene ble påvirket av spørsmålet fra the Yale. Skåringen av depresjon ble målt etter to uker og etter tre måneder. Statistikken ble så analysert og kalkulert.</p>	<p>hjerneslag og kan implementeres i klinisk bruk av sykepleiere og annet helsepersonell uten særlig opplæring.</p>
-------------------------------------	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5 Diskusjon

I diskusjonsdelen vil vi gå nærmere inn på teori og funn fra forskningen. Ved å flette sammen teori, forskning og egne erfaringer fra praksis i hjemmesykepleien vil vi forsøke å svare på problemstillingen: «Hvordan kan hjemmesykepleier identifisere og forebygge utvikling av depresjon hos pasienter etter hjerneslag?»

5.1 Depresjon etter hjerneslag, et komplekst fenomen

Rundt en tredjedel av alle hjerneslagpasienter rammes av depresjon, og forekomsten er like stor både i akutfasen og etter utskrivelse fra sykehus. Dersom ikke depresjon blir oppdaget, kan det føre til forsinket rehabilitering, økt risiko for nytt slag og høyere mortalitet (Helsedirektoratet, 2010). Det er derfor en viktig oppgave for sykepleier i sin forebyggende funksjon å identifisere depresjon etter hjerneslag i en tidlig fase. I følge Watkins et al. kan depresjon forhindres dersom psykososiale intervensjoner starter tidlig. Andre studier har vist at når de psykososiale tiltakene blir iverksatt for sent, etter at depresjonen har festet taket, er de ineffektive i å forebygge eller behandle depresjon (Watkins et al., 2011, s. 1956).

Kouwenhoven & Kirkevold henviser til forskning som sier at sykepleiere ikke er gode til å observere depresjon hos slagrammede. Grunnen til dette kan være at depresjon etter slag er et svært komplekst fenomen (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 340). Vi tror det er lett at sykepleier har tunnelsyn på de karakteristiske symptomene for depresjon. Hvis pasienter har symptomer som tristhet, selvmordstanker og lav selvfølelse tenker man ofte depresjon, men som Kouwenhoven & Kirkevold viser i sin forskning kommer ofte depresjonssymptomer fra hjerneslagpasienter fram på en annen måte. I Kouwenhoven et al. beskriver og forklarer slagpasienter symptomene ut fra endringer etter slaget (2012). Pasientene forteller at de opplever å føle seg fanget i egen kropp og fanget i isolasjon. Følelsen av å miste seg selv beskriver flere som vanskelig. Dette blir oppsummert som en deprimerende opplevelse. De uttrykker nesten ikke følelser, verken glede, sinne irritasjon eller fortvilelse. Verden føles som nyanser av grått. Opplevelser som å ikke huske avtaler eller hvordan telefonen fungerer, samt økt trøtthet oppleves som store tap hos slagpasienter. Disse følelsene blir enda vanskeligere å håndtere hos pasientene hvis de er usynlige for andre (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 339). Sykepleiere må derfor bli bedre til å fortolke hjerneslagpasienter sine fortellinger, som

potensielle symptomer på depresjon. Dette understøttes også av Kouwenhoven & Kirkevold som sier at sykepleier bør ha en «vid horisont», for å kunne oppdage tidlige tegn på depresjon.

Kouwenhoven & Kirkevolds forskning peker på at et hjerneslag kan sammenlignes med tap av en nær slektning. Forskjellen er at hos en hjerneslagpasient er det tapet av seg selv, man sørger over. Problemet oppstår når sorgreaksjonen ikke går over, og tapet ikke blir gjennomarbeidet. Det vil da kunne føre til depresjon. I motsetning til depresjon er ikke sorg preget av skyldfølelse eller selvbebreidelse. Den sørgende vet hvorfor han sørger (Hummelvoll, 2018, s. 194). Det er derfor viktig for sykepleier å vite at en sorgreaksjon er normal hos hjerneslagpasienter. Allikevel må sykepleier være oppmerksom på at symptomene på sorg og depresjon er like. I kartleggingen av depresjon vil man kunne oppdage om det er en sorgreaksjon eller depresjon. Gjennom det vi har lært av forskning og teori vil sorg kunne føre til depresjon, hvis den ikke bearbeides.

Hjemmesykepleier er den som er mest hjemme hos pasienten i løpet av dagen og har derfor best grunnlag til å identifisere depresjon. En viktig oppgave for hjemmesykepleier er å etablere et tillitsforhold til pasienten. Uten en god relasjon til pasienten vil det være mye vanskeligere å kartlegge og forebygge depresjon. Hjemmesykepleierens funksjonsområder er flere og mer omfattende enn i en spesialisert sykehusavdeling. I tillegg til å gi behandling og pleie skal sykepleier også ha fokus på forebygging og rehabilitering (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 39). Å få brukt kompetansen sin på rett måte til rett tid kan være utfordrende på grunn av strukturelle og økonomiske rammer for sykepleiere i hjemmetjenesten (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 43). Det er derfor utfordrende for sykepleier å kunne se hele pasienten, og etter vår erfaring prioriteres ofte de fysiske behovene fremfor de psykiske. Årsaken til dette kan være tidspress og stor belastning over tid. Dermed kan bruk av kartleggingsverktøy gi en god indikasjon på hvorvidt man må være mer oppmerksom på pasientens psykiske situasjon.

5.2 Ulike kartleggingsverktøy

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag anbefaler jevnlig kartlegging av depresjonssymptomer etter slag (Helsedirektoratet, 2010). Forskning og faglitteratur vi har lest peker ikke på noe kartleggingsverktøy som er spesielt utviklet for å identifisere depressive symptomer hos slagrammede. Kouwenhoven & Kirkevold nevner at kartleggingsverktøy bør suppleres med samtale. Etter vår erfaring i hjemmesykepleien blir

ofte bruk av kartleggingsverktøy for depresjon etter hjerneslag glemt. Både MADRS, GDS og BDI-II er fremhevet som gode kartleggingsverktøy i studier om depresjon etter slag (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 340). Et annet kartleggingsverktøy som anbefales for sykepleiere er PHQ9 fordi den er enkel å bruke og har høy pålitelighet (Mitchell, 2016, s. 3). Studien til Watkins et al. 2007 viste at the Yale hadde god effektivitet i kartleggingen av depresjon hos hjerneslagpasienter sammenlignet med MADRS. Tre måneder etter inntruffet slag viste den hele 92% effektivitet i målingen av depresjon. Dermed er dette et godt kartleggingsverktøy som sykepleiere i hjemmetjenesten kan bruke i sin hverdag med hjerneslagpasienter. Fordelen er at det ikke krever noen form for opplæring, da det kun består av ett spørsmål som man stiller til pasienten. Det tar heller ikke lang tid og vil ikke føre til mer arbeid i en allerede travel hverdag. Gjennom bruk av the Yale vil det være lettere å gjøre en jevnlig kartlegging av depresjonssymptomer hos slagpasienter.

5.3 Sårbare grupper

Gjennom forskning og teori har vi sett at noen er mer utsatte enn andre for å utvikle depresjon etter hjerneslag. Legemidler slik som benzodiazepiner, antipsykotika, glukokortikoider og eldopa kan gi depressive symptomer i form av bivirkninger. I tillegg fins det flere faktorer som kan være assosiert og øker risikoen for utvikling av depresjon. Lin et al. viser at gjennomsnittlig depresjonsskår var høyere hos pasienter med smerter, pasienter med usikker økonomi eller pasienter som ikke hadde omsorgspersoner som sto de nær. Sagen et al. sier at kvinner og personer med høy utdanning har en økt risiko for å utvikle depresjon etter slag. Det samme gjelder aleneboende og personer med lite sosial støtte. Hamid & MacKenzie nevner at pasienter som har familiemedlemmer som har hatt depresjon eller selv har historikk med depresjon eller angst har en økt risiko for å utvikle PSD. Dette støttes opp av Kouwenhoven & Kirkevold som har identifisert to grupper som er ekstra sårbare for å utvikle depresjon i en senere fase etter hjerneslag. Det er yngre personer med familie, barn og økonomiske forpliktelser og eldre aleneboende med lite sosial støtte. Dette er viktig informasjon for sykepleiere i hjemmesykepleien. Vi har lært at gjennom sykepleieprosessen har sykepleier ansvar for en grundig datasamling. På den måten kan sykepleier identifisere pasienter som er i risikogruppen for å utvikle depresjon etter hjerneslag. I vår praksis i hjemmesykepleien, så vi flere ganger at det var mangelfulle opplysninger om pasientene i deres datasamling. Å gjøre en grundig kartlegging av pasienter med hjerneslag etter de er

skrevet ut fra sykehus, er nødvendig for å kunne gi god og forsvarlig sykepleie, slik det er nedfelt i Helsepersonelloven §4.

5.4 Effekten av emosjonell og sosial støtte

Sykepleier har gjennom sin lindrende funksjon en viktig oppgave med å støtte og ledsage pasienter og pårørende gjennom den normale krisereaksjonen som oppstår etter et hjerneslag (Wergeland et al., 2017, s. 304). For sykepleier er det viktig å ha kunnskap om hva som kan være utfordrende for pasienter i denne situasjonen. I Taule et al. sin forskning sier hjerneslagpasienter at helsepersonell som var empatisk og engasjert var med å gjøre hverdagen deres bedre. Spesielt helsepersonell som tok seg tid til å lytte og tilby trøst opplevdes som positive møter for pasientene. Både Håkonsen og Romsland et al. støtter dette funnet fra Taule et al. sin forskning. Begge sier at sykepleier bør lytte, sette av tid og trøste pasienter som er i en krisesituasjon etter hjerneslag. Vår erfaring fra praksis er at det ikke er mange sykepleiere som tar seg tid til å sette seg ned å lytte til pasienter som har gjennomgått hjerneslag. Fordi hjemmesykepleien er strukturert etter en bestiller-utfører modell, er det en tendens til at sykepleiere er mer opptatt av hvilke arbeidsoppgaver som skal gjennomføres enn å tilby emosjonell støtte. Å gi medisiner og gjennomføre et stell tar mye av oppmerksomheten til sykepleier, og det er lett å glemme emosjonelle utfordringer som pasienten har. Det blir vanskeligere for pasienter å dele sine bekymringer. Taule et al. sin forskning bekrefter dette. Flere pasienter uttrykte at de følte de ble sittende alene med sterke bekymringer de hadde på tross av tett oppfølging av ulike helsepersonell. En pasient som ikke har en god relasjon til sykepleier vil sannsynligvis dele mindre av sine tanker og følelser, og en depresjon vil dermed kunne utvikle seg uten å bli oppdaget. Vi mener også det er viktig å påpeke at det ikke bare skyldes den enkelte sykepleier sin vilje til å sette seg ned med pasienten som er problemet. Det kan heller skyldes fulle pasientlister, dårlig bemanning og en stressende hverdag. Bruk av den nye tillitsmodellen vil kunne sykepleier og pasient mer fleksibilitet til å bygge en god relasjon.

Pasienter som i høyere grad aksepterte tap av funksjoner, fikk støtte og forståelse fra menneskene rundt seg hadde færre depressive symptomer i senere fase etter hjerneslag. Eldre pasienter som bodde alene og ikke fikk nok støtte av mennesker rundt seg var mer sårbare for utvikling av depresjon. Yngre pasienter som hadde mye sosial støtte fikk tilbake depressive symptomer 18 måneder etter slag (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 340). De yngre

pasientene hadde flere forpliktelser i form av jobb og barn. Det kan tyde på at den sosiale konteksten rundt pasienten kan føre til at pasienten kjenner på et press for å bli frisk. Når pasienten ikke klarer å etterleve dette, kan det føre til at de depressive symptomer kommer tilbake. Å unngå å legge ytterligere stein til byrden gjennom å presse på for at pasienten skal rehabiliteres raskere enn mulig, er dermed noe sykepleier må unngå å gjøre for å sørge for en helhetlig og personsentrert rehabilitering av slagpasienter.

Dersom pasienter ikke søker sosial støtte, må sykepleier prøve å koble på familie og venner. Mangel på sosiale relasjoner hemmer muligheten for en positiv endring hos mennesker (Håkonsen, 2018, s. 209). Om pasienten ikke har familie eller venner som fungerer som sosial støtte, må sykepleier informere om selvhjelpsgrupper, aktivitetssenter eller ulike rådgivningstjenester (Hummelvoll, 2018, s. 213). Sykepleier har også et ansvar for selv å vise støtte. Etter vår erfaring kan sykepleier hjelpe pasienter ved å tilby sosial støtte i form av samtaler med pasienten. Dette sier også Lin et al. sin forskning, som viser at hjerneslagpasienter som fikk sosial støtte kombinert med rehabilitering hadde signifikant lavere skår på depresjon etter åtte uker med denne intervensjonen. Den sosiale støtten besto av to samtaler i uken på 10 minutter. Pasienter som bare fikk tilbud om rehabilitering, hadde ingen endring i depresjonsnivå.

5.5 Aktivisering av den slagrammede

Gjennom sykepleier sin rehabiliterende funksjon, bør sykepleier forsøke å gjøre pasienten til en aktiv deltaker. Ved å styrke pasientens selvfølelse og ADL-ferdigheter kan mestringsevnen økes (Stubberud, 2017, s. 46). Sykepleier bør prøve å tilrettelegge for og motivere pasienten til å delta i fysisk aktivitet. Regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til å redusere depressive symptomer ved lett til moderat depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Gjennom tverrfaglig samarbeid med fysioterapeuter og ergoterapeuter kan sykepleier bidra til forsvarlig rehabilitering. Dette er også nedfelt i Helsepersonelloven §2-4, hvor det står at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og der pasientens behov tilsier det skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid med annet kvalifisert personell. Sykepleier bør også prøve å finne ut hvilke fritidsaktiviteter pasienten liker å gjøre. Lin et al. viser til at pasienter som deltok i fritidsaktiviteter de likte, hadde færre depresjonssymptomer. Pasienter som var misfornøyd med fritiden sin hadde derimot flere depresjonssymptomer. Dette samsvarer med vår erfaring i praksis med hjerneslagpasienter fra hjemmesykepleien. Pasienter som var aktive

og deltok i flere fritidsaktiviteter, hadde mindre symptomer på depresjon enn de som var passive og satt mye alene. På den andre siden belyser Kouwenhoven & Kirkevold at når pasienter ikke klarer å utføre aktiviteter på samme måte som før, minsker livsgleden. Det er derfor en balansegang for sykepleier å finne aktiviteter som gir mestringsevne og ikke bidrar til følelsen av å være mislykket.

5.6 Balanse mellom håp og for høye forventninger

Gjennom den undervisende og veiledende funksjon prøver sykepleier å vise hvilken betydning hjerneslaget vil få for pasientens liv, identitet og andre funksjoner (Romsland et al., 2015, s. 29). Den innebærer også å kunne undervise og veilede pasienten i å skape realistiske forventninger og se sine begrensninger og ressurser (Wergeland et al., 2017, s. 304). Vi mener den didaktiske relasjonsmodellen er et nyttig verktøy som kan hjelpe sykepleier å ha en god struktur på undervisningen. Deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold og metode er viktig å tenke over. I artikkelen «Å leve med hjerneslag» beskriver pasienter følelsen av å ikke kunne kommunisere like effektivt som før, særlig med tanke på å finne ord for å forklare følelsene sine. De beskriver også at de har lite energi og et akutt søvnbehov. Når sykepleier skal undervise og veilede en som har hatt hjerneslag vil det å ikke gi for mye informasjon om gangen og ha jevnlig pauser være gode forholdsregler. Det blir viktig å ta i betraktning om pasienten er uthvilt eller utslitt før man iverksetter ulike tiltak. Å ta høyde for ting som kan hemme eller fremme læring vil gjøre at pasienten får bedre utbytte av undervisningen og samtidig gjøre sykepleier bedre forberedt.

Vi mener Motiverende Intervju er en god samtalemetode å bruke for å forebygge depresjon hos hjerneslagpasienter. Helsedirektoratet støtter vårt syn og har skrevet i sine retningslinjer for slagpasienter: «Motiverende intervju synes å kunne lede til en viss bedring av stemningsleie til pasienter med slag.» (Helsedirektoratet, 2010). Vanligvis bruker man MI til å forsøke å skape en endring i adferd hos pasienten, men MI har også vist seg å være nyttig i bruk hos pasienter som trenger å tilpasse seg etter alvorlig sykdom (Watkins et al., 2011, s. 1956). Kouwenhoven & Kirkevold sier de depressive symptomene kan være sterkt knyttet til å leve med, akseptere og håndtere tap. Trolig er det en sammenheng hos pasienter som ikke klarer å tilpasse seg etter hjerneslag og senere utvikling av depresjon. De som mottok MI hadde muligens bedre evne til å reflektere og justere seg til nye situasjon og mente det kunne ha en forebyggende effekt for å utvikle depresjon (Watkins et al., 2011, s. 1956). Gjennom MI

er sykepleier med på å utforske endringsberedskap og fremkalle endringssnakk. Vi tror det kan øke refleksjonsevnen til pasienten og samtidig hjelpe pasienten til å tilpasse seg den nye situasjonen etter hjerneslag. Det kan redusere sjansen for utvikling av depresjon.

Kouwenhoven & Kirkevold viser i sin forskning til at pasienter som har høye mål i rehabiliteringen, men som ikke klarer å nå de, har større sjanse for å utvikle depressive symptomer. Vi tror derfor det er nyttig hvis sykepleier har MI-samtaler underveis i rehabiliteringen for å sikre at målene er realistiske og oppnåelige. Det tror vi vil kunne være med på å forebygge utvikling av depresjon. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019, kap. 2.2). Håp er viktig i en rehabiliteringsprosess etter hjerneslag, og er en stor del av drivkraften og motivasjonen for å kunne gjenvinne funksjoner og livet. Samtidig mener vi det er en tynn skillelinje mellom det å understøtte håp og komme med urealistiske mål. Sykepleier kan hjelpe pasienten til å sette realistiske delmål. Dersom sykepleier overstyrer pasienten, kan det hemme pasientens motivasjon. Det er essensielt at det er pasienten som hovedsakelig kommer fram til målene i MI-samtalen med god faglig støtte fra sykepleier.

Forskningen til Watkins et al. viser at pasienter som hadde MI-samtale fire ganger på 30-60 minutter hadde signifikant bedre humør både tre måneder og 12 måneder etter slag (2011). En nyere studie på MI hos hjerneslagpasienter viste ingen effekt på humøret (Kerr et al., 2018). Forskerne som utførte studien, trodde det kunne ha en sammenheng med at MI-samtalene ikke ble gjort på riktig måte. De som utførte MI-samtalene med pasientene hadde fått mindre opplæring i metoden enn de som gjennomførte samtalene i forskningen til Watkins et al. fra 2011. Dermed vil det være avgjørende at sykepleierne som skal benytte MI i møte med pasientene har god og tilstrekkelig opplæring, for at samtalene skal ha noen effekt. Dersom sykepleierne ikke er trygge nok i hvordan de skal bruke metoden, vil det redusere effekten i å forebygge depresjon hos pasientene. Å gi grundig nok opplæring vil være et kostnadsspørsmål hos arbeidsgiverne. Det tar tid og koster penger hvis man skal gi dyptgående opplæring i MI. På den andre siden kan pasienter med hjerneslag som blir deprimerte og dårligere rehabilitert øke hjelpebehovet. Det vil kreve mer ressurser fra hjemmesykepleien. Kommunene må derfor veie nytte opp mot kostnad.

5.7 Hva kan hjemmesykepleieren bruke funnene til?

Gjennom vår oppgave har vi lest mye teori og funnet en god del forskning. Hva betyr resultatene vi har presentert og hvem kan dra nytte av dem? Våre funn er ment for å kartlegge og forebygge depresjon. Implementering av resultatene våre vil gi lite eller ingen effekt dersom pasienten er betydelig kognitivt svekket og har språkproblemer. Det samme gjelder for pasienter som tidligere har en diagnose på depresjon eller som står på medisiner som kan utløse depressive symptomer. Våre resultater kan gi god effekt på pasienter som er i ferd med å utvikle PSD. Allikevel er det viktig å oppdage det tidnok. Om depresjonen har satt seg over lengre tid, er vi usikre på om tiltakene vil ha samme effekt. Våre funn er beregnet på å kartlegge og forebygge depresjon, og ikke behandle depresjon.

Å kunne kartlegge depresjon krever jevnlig bruk av kartleggingsverktøy. Instrumentet the Yale kan bidra til at kartleggingen av depresjon blir enklere å utføre for sykepleier og enkel for hjerneslagpasienter å svare på. Pasientene trenger ikke å kunne lese eller skrive. Vi er redde for at ikke alle pasienter vil svare helt ærlig på spørsmålet «føler du deg ofte trist eller deprimert?». Kanskje de ikke vil være til bry for helsepersonell, ved å fortelle at de føler seg deprimert. Dette har vi erfart fra praksis i hjemmesykepleien. I tillegg vil ikke kartleggingsinstrumentet klare å skille mellom personer som er mildt eller alvorlig deprimert.

Lin et al. viser at sosial støtte kan gi god effekt i å redusere depressive symptomer hos hjerneslagpasienter. På den andre siden har Watkins et al. pekt på at andre studier ikke har kunnet konkludert med at sosial støtte har effekt. Gjennom våre søk har vi også funnet lite forskning på sosial støtte hos hjerneslagpasienter og effekten på depressive symptomer. Allikevel er det et lite ressurskrevende tiltak, som vi tror kan ha effekt basert på det vi har opplevd i vår praksis i hjemmesykepleien. For sykepleiere betyr det at de kan utgjøre en stor forskjell for pasienten kun ved å sette av ekstra tid til samtale. Selv om det å sette av litt ekstra tid til pasienter høres enkelt ut, er nettopp tid en mangelvare i hjemmesykepleien hvor man ofte har fulle lister med mange pasienter og et strengt tidsskjema å følge. Taule et al. sine funn viser at helsepersonell som tok seg tid og var empatiske gjorde at pasienter følte seg bedre og var mer motivert for rehabilitering. For sykepleier er disse resultatene enkle å implementere i teorien. Det å vise empati og gi pasienten tid til å uttrykke bekymringer, er ikke alltid like lett i praksis, hvis man er stresset fordi man skal videre til neste pasient innen et bestemt klokkeslett.

For å kunne forebygge depresjon etter hjerneslag er det som vi har sett essensielt for sykepleier og pasient å etablere et tillitsforhold seg imellom, som kan virke som et godt grunnlag for tidlig identifisering av depresjon. Samtidig vil de gode og nære samtalene vanskelig la seg gjennomføre dersom sykepleier må følge en stram oppgaveliste som ikke er utformet i møte med pasienten selv. Det må gis mer tid til møtet mellom sykepleier og pasient, og pasientene trenger å inkluderes som en aktiv deltaker i sin behandling. Det vil innebære at pasienten er med på å utforme sine egne tiltaksplaner. Dermed vil det å bevege seg vekk fra bestiller-utfører modellen for hjemmesykepleie over til den nye tillitsmodellen være avgjørende for at sykepleier skal få tid og mulighet til å implementere de tiltakene vi foreslår.

6 Avslutning

Forskning og teori har lært oss at depresjon hos pasienter med hjerneslag er komplekst. Tidlig identifisering er avgjørende for at sykepleier kan iverksette tiltak for å forebygge utvikling av alvorlig depresjon. Dersom pasientens depresjon får tid til å utvikle og «sette seg» er det vanskeligere å behandle og rehabilitere både den fysiske og psykiske helsen. Ved jevnlig bruk av kartleggingsverktøy øker man sjansen for å oppdage depresjon tidlig. MADRS, BDI-II, GDS, og PHQ-9 er gode alternativer. Bruk av the Yale har vist seg å være både enkelt og nøyaktig å bruke. Det er viktig å supplere kartleggingsverktøyene med samtaler. Sorg er en normal reaksjon på tap av funksjoner, status og sosial rolle etter et hjerneslag. Utfordringen for sykepleier ligger i å kunne skille en normal sorgreaksjon fra en depressiv tilstand. Sykepleiere i hjemmetjenesten trenger dermed god oversikt over teori og empiri rundt hvordan disse kan skilles fra hverandre, hvilke pasientgrupper som har økt risiko for utvikling av depresjon etter hjerneslag og hvordan dette kan forebygges.

Rammefaktorer i hjemmetjenesten kan gjøre det vanskeligere for sykepleier både å identifisere og å forebygge depresjon hos hjerneslagpasienter. Samtidig kan depresjon hos hjerneslagpasienter forlenge rehabiliteringen betraktelig. Dette vil gjøre pasientene mer pleietrengende og vil kunne øke belastningen på hjemmetjenesten. Støtte til forbyggende tiltak mot depresjon må dermed også prioriteres av politikere, ledere og økonomiansvarlige innenfor hjemmetjenesten for at sykepleiere skal få mulighet til å prioritere det som en av sine arbeidsoppgaver. Emosjonell og sosial støtte, aktivisering av pasienten og motiverende intervju kan være gode og potensielt kostnadseffektive tiltak i forebygging av depresjon etter hjerneslag. Forskningen har vist lovende resultater ved bruk av disse tiltakene i å forebygge depresjon etter hjerneslag, men det trengs videre forskning før man kan konkludere med sikkerhet hvorvidt effekten er tilstrekkelig. Frem til det mener vi det vil lønne seg på sikt for kommunene å legge til rette for at sykepleiere i hjemmetjenesten kan bruke noe av sin tid hos slagpasienter på å være emosjonelt og sosialt til støtte, bruke kartleggingsverktøy for depresjon aktivt og å se pasientens situasjon helhetlig og individuelt.

Referanseliste

- Bertelsen, A. K. (2017). Sykdommer i nervesystemet. I Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 321-344). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Busch, T. (2013). *Akademisk skriving for bachelor- og masterstudenter*. Fagbokforlag.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag AS.
- Critical Appraisal Skills Programme (2020). *CASP checklists*. Hentet fra <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Fermann, T. & Næss G. (2018). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 238-264). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gjevjon, E. R. & Fjørtoft, A.-K. Hjemmesykepleietjenesten. I Glavin, K. & Gjevjon, E. R. (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (s. 38-54). Fagbokforlaget.
- Gjevjon, E. R. Når profesjonell omsorg møter den eldre pasientens personlige liv – juridiske, etiske og faglige utfordringer i hjemmesykepleien. I Glavin, K. & Gjevjon, E. R. (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (s. 212-225). Fagbokforlaget.
- Hamid, G. M., & MacKenzie, M. A. (2017). CE. Early Intervention in Patients with Poststroke Depression. *AJN American Journal of Nursing*, 117(7), 32–42. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520919.26724.9b>
- Helsebiblioteket. (u.å). *MeSH på norsk – begreper innen medisin og helsefag*. <http://mesh.uia.no/>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retnings>

[linje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf](#)

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Hentet 14. mars 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Hentet 15. mars 2021 fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hummelvoll, J. K. (2018). *Helt-ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Akademisk

Ivarsson, B. H. (2017). *Motiverende Samtaler: En praktisk håndbok for helse og omsorgssektoren* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Kaklauskas A., Zavadskas E. K., Radzeviciene A., Ubarte I., Podvieszko A., Podvezko V., Kuzminske A., Banaitis A., Binkyte A. & Bucinskas V. (2017). Quality of city life multiple criteria analysis. *Cities*, 72(Part A). 82-93.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cities.2017.08.002>

Kerr, D., McCann, T., Mackey, E., & Wijeratne, T. (2018). Effects of early motivational interviewing on post-stroke depressive symptoms: A pilot randomized study of the Good Mood Intervention program. *International Journal of Nursing Practice (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(4), 1–8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12657>

Kirkevold, M. (2018). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 122-144). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kouwenhoven, S. E., & Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 8(4), 334–342.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0134>

Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K., & Kim, H. S. (2012). “Living a life in shades of grey”: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 68(8), 1726–1737.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05855.x>

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie? Sykepleie - fag og funksjoner. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A., Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-28). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvaal, K. (2018). Angst og depresjon. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 438-451). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lin, F.-H., Yih, D. N., Shih, F.-M., & Chu, C.-M. (2019). Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients. *Medicine*, 98(44), 1–6. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017667>
- Mitchell P. H. (2016). Nursing assessment of depression in stroke survivors. *Stroke*, 47(1), e1–e3. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.008362>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Numbeo (2021). *Health Care Index by Country 2021*. Hentet 22. mars 2021 fra https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp
- Regjeringen (2019). *Bedre tilbud til slagpasienter*. Hentet 20. mars 2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/bedre-tilbud-til-slagpasienter/id2679904/>
- Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering* (1. utg.). Gyldendal akademisk.
- Sagen, U., Lerdal, A., og Dammen, T. (2007). Depresjon og tretthet/utmattelse hos pasienter med hjerneslag. I E. Hem, P. Vaglum, L. Fyrand og P. Nerdrum(red). *Pasienten og sykdommen- psykiske faktorer ved somatisk sykdom* (1. utg.) Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D. G. (Red.). (2017). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Taule, T., Strand, L. I., Skouen, J. S., & Råheim, M. (2015). Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 651–661. <https://doi.org/10.1111/scs.12193>

- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.
- Watkins C. L., Lightbody C. E., Sutton C. J., Holcroft L., Jack C. I. A., Dickinson H. A., van den Broek M. D., & Leathley M. J. (2007). Evaluation of a single-item screening tool for depression after stroke: a cohort study. *Clinical Rehabilitation*, 21(9), 846–852.
<https://doi.org/10.1177/0269215507079846>
- Watkins, C. L., Wathan, J. V., Leathley, M. J., Auton, M. F., Deans, C. F., Dickinson, H. A., Jack, C. I. A., Sutton, C. J., van den Broek, M. D., & Lightbody, C. E. (2011). The 12-month effects of early motivational interviewing after acute stroke: a randomized controlled trial. *Stroke*, 42(7), 1956–1961.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.602227>
- Wergeland, A., Ryen, S., og Ødegaard-Olsen. T. G. (2017). Sykepleie ved hjerneslag. I: H. Almås, D. Stubberud og R. Grønseth(red). *Klinisk sykepleie bind 2* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1

PICO		Norske ord	MeSH (Emneord)
P	Population	«Hjerneslag»	«Stroke»
	Patient	«Hjerneslagpasienter»	«Stroke Patients»
	Problem	«Depresjon» «Post Stroke Depression»	«Depression» «Post Stroke Depression»
I	Intervention	«Sosiale Støtte»	«Social Support»
		«Sykepleie»	«Nursing»
		«Motiverende Intervju»	«Motivational Interviewing»
		«Helsescreening»	«Health Screening»
		«Slagrehabilitering»	«Stroke Rehabilitation»
		«Hjemmesykepleie»	«Community Health Nursing»
		«Hjemme Rehabilitering»	«Home Rehabilitation»
C	Comparison		
O	Outcom	«Opplevelse»	«Life Experiences»
		«Behandlingsresultat»	«Treatment Outcome»
		«Motivasjon»	«Motivation»