



Forebygging av depresjon etter hjerneslag på slagenhet

“Hvordan kan sykepleier på slagenhet bidra til forebygging av depresjon hos pasienter som har gjennomgått hjerneslag?”

Kandidatnummer: 1092

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: BASYK 2018

Antall ord: 10863

25.03.2021

Sammendrag

Denne litterære oppgaven har som hensikt å svare på hva sykepleieren kan gjøre for å bidra til forebygging av depresjon etter slag mens pasienten er lagt inn på slagenhet på sykehus. Forskning som foreslo hva sykepleieren kunne gjøre på sykehusavdelingen ble valgt til å besvare problemstillingen. Fem artikler ble valgt, med god variasjon i metode, og noen argumenter går igjen i flere av artiklene. I diskusjonen blir det tatt opp fem hovedpunkter fra artiklene, sykepleieren kan avdekke risiko for depresjon, lede intervensjoner, gi informasjon til pårørende og pasient, tilegne seg kunnskap og forstå den enkelte pasient. Det konkluderes med at disse måtene å forebygge depresjon etter slag på, passer til Hendersons sykepleieteori og dermed sykepleierens rolle. Helhetsinntrykket er at det finnes mye forskning på området, og at ressurser bør gå til å få kunnskapen ut i praksis.

Abstract

This thesis aims to answer what the nurse can do to contribute to the prevention of depression after stroke while the patient is still admitted to the stroke unit in a hospital. Research articles that suggested what the nurse can do in the hospital ward was chosen to answer the problem. Five articles were chosen, with good variation in method, and some arguments are repeated in several of the articles. In the discussion, five main points from the articles are addressed: the nurse can identify the risk of depression, lead interventions, provide information to relatives and patients, acquire knowledge and understand the individual patient. It concludes that these ways of preventing depression after stroke fit in with Henderson's nursing theory and thus the role of the nurse. The overall impression is that there is a lot of research in the area, and that resources should be used to put the knowledge into practice.

Innhold

1	Innledning.....	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema og relevans for sykepleie	5
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3	Avgrensing og begrepsavklaring	6
1.4	Oppbygging	8
2	Teori	9
2.1	Virginia Hendersons sykepleieteori.....	9
2.1.1	Grunnleggende behov	9
2.1.2	Sykepleierens rolle ifølge Virginia Henderson	10
2.1.3	Sykepleierens forebyggende rolle	10
2.2	Hjerneslag.....	10
2.2.1	Behandling av hjerneslagrammede på slagenhet	11
2.3	Depresjon.....	12
2.3.1	Depresjon etter somatisk sykdom	12
2.3.2	Depresjon etter hjerneslag	13
2.3.3	Forskjell på depresjon og sorg	14
2.3.4	Forebygging av depresjon	14
2.4	lover og retningslinjer som styrer sykepleien	14
2.5	Forebygging av sykdom	15
3	Metode.....	17
3.1	Litteraturstudie.....	17
3.2	Litteratursøk og databaser	17
3.2.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	19
3.3	Annen litteratur.....	20
3.4	Kildekritikk.....	20
3.5	Etiske hensyn.....	21
4	Funn.....	22
4.1	Artikkel A	22
4.2	Artikkel B	23
4.3	Artikkel C	25
4.4	Artikkel D	27
4.5	Artikkel E	28

5	Diskusjon.....	31
5.1	Sykepleiere kan avdekke risiko for depresjon og sørge for videre henvisning	32
5.2	Sykepleiere som ledere	35
5.3	Å ha kunnskap om fenomenet	36
5.4	Sykepleieren kan ta hensyn til den enkelte pasients opplevelse av situasjonen.....	37
5.5	Å gi informasjon til pårørende og pasient	38
6	Konklusjon og avslutning.....	41

1 Innledning

Denne besvarelsens overordnede tema er hvordan sykepleier kan ta hensyn til psykiske behov etter somatisk sykdom på sykehusavdeling. En vanlig psykisk komplikasjon etter somatisk sykdom er depresjon. Depresjon er et av de største folkehelseproblemene vi har, og blant dem som har somatiske sykdommer, har omtrent dobbelt så mange personer depresjon (Aarre, 2014, s.135). En somatisk sykdom hvor det er vanlig med depresjon i ettertid, er hjerneslag, hvor man regner med at omtrent 40% rammes (Finset, 2014, s.506). Depresjonen får mange negative følger for hjerneslagpasienten, blant annet kan det påvirke rehabiliteringen negativt (Wergeland et al., 2016, s.310).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og relevans for sykepleie

Sykepleie er et fag hvor det i nyere tid har blitt en blanding mellom det biologiske menneskesynet, humanistiske verdier og eksistensialistisk filosofi (Kristoffersen, 2016, s.23), og det er denne blandingen jeg synes er det flotte med sykepleieryrket. Sykepleieren har ifølge yrkesetiske retningslinjer også et ansvar for at pleien skal være helhetlig (NSF, 2019, pkt. 2.3). I praksisperioder på somatisk sykehus har jeg ofte kjent på et behov for å ta mer hånd om pasientenes psykiske konsekvenser av den akutte somatiske sykdommen. Psykiske følger etter somatisk sykdom er vanlig (Aarre, 2014, s.135), og jeg har ofte møtt pasienter i praksis som jeg tror har hatt behov for å bli tatt mer vare på når det gjelder det psykiske.

For eksempel møtte jeg en gang en hjerneslagpasient som lå mye i sengen, ofte gråtende, med halvsidig neglekt, uten familie til å besøke ham, hvor personalet ikke hadde ressursene til å være hos ham og trygge ham. Men jeg har også møtt flere pasienter i hjemmesykepleien som tidligere har fått hjerneslag, hvor det virker som at alle tiltak har blitt forsøkt, men pasienten forblir likevel deprimert. Jeg forstår at man ikke alltid kan hjelpe, og at ofte er det knapphet på ressurser som er hovedgrunnen til at pleien ikke blir optimal. Jeg ønsker likevel å benytte denne muligheten til å lære litt mer om hvordan jeg selv kan handle innenfor rammene på en sykehusavdeling for å møte de psykiske utfordringene som følger etter somatisk sykdom. Og det er mer sannsynlig tenker jeg, at man jobber forebyggende enn behandlende på en slik sykehusavdeling.

Sykepleieren har også et etisk ansvar for at sykepleieutøvelsen skal bygge på forskning, og for å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2019, pkt.1.4). Og i og med at fenomenet depresjon etter slag har vært kjent blant psykiatere i over 100 år, og har blitt forsket på i 50 av dem (Robinson & Jorge, 2015, s.1), synes jeg dette er et passende og viktig tema, som jeg kan lære om, og spre kunnskap om som sykepleier.

Sykepleieren skal ifølge yrkesetiske retningslinjer også sørge for å fremme helse og forebygge sykdom (NSF, 2019, pkt. 2.1). Altså bør sykepleieren tenke forebygging i sitt arbeid, og dette er noe jeg ønsker å selv være god på.

Grunnen til at jeg ønsker å diskutere funnene i lys av Hendersons sykepleieteori, er at hennes definisjon på sykepleie er i stor grad den som har blitt stående, og jeg mener hun beskriver tydelig og presist hva sykepleiens ansvar og rolle bør være.

Hjerneslag er dessuten vanlig, og den vanligste årsaken til funksjonshemming i Norge (Wergeland et al., 2016, s.303), og jeg tenker at sannsynligheten for å møte slagpasienter som sykepleier, og slagpasienter med depresjonsrisiko som sådan, ikke er liten.

1.2 Presentasjon av problemstilling

“Hvordan kan sykepleier på slagenhet bidra til forebygging av depresjon hos pasienter som har gjennomgått hjerneslag?”

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Oppgaven handler om pasienter som er innlagt på slagenhet, altså en sykehusavdeling med organisert behandling av slagpasienter med faste senger, bemannet med tverrfaglig personale og med et standardprogram for diagnostikk, observasjon, akutt behandling, tidlig mobilisering og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2017).

Svaret på problemstillingen skal være eksempler på hvilke forebyggende tiltak man kan gjøre som sykepleier. Dette må altså bety at tiltak som eventuelt kan gjøres for å forebygge depresjon må skje innenfor det handlingsrommet man har som sykepleier, og for å forklare hva som er særegent for sykepleieryrket kan man si at det er mennesket, pasienten og dens helsetilstand som er fokuset, og at sykepleiens mål er helse, livskvalitet og mestring hos pasienten. Dessuten omsorg for mennesket, å hjelpe med å dekke grunnleggende behov, og pasientens opplevelse og reaksjon på situasjonen den er i (Kristoffersen et al. 2016, s.16).

Med hjerneslag menes hjerneinfarkt og -blødning, samt subaraknoidalblødning, og en felles definisjon på alle typer hjerneslag er en "plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død." (Helsedirektoratet, 2010). Transitorisk iskemisk anfall (TIA) vil ikke være en del av denne besvarelsen. Fokuset vil være på pasienter i alderen 45-64 fordi eldre pasienter har sannsynligvis mer sammensatte sykdomsbilder. Pasienter med afasi eller andre kommunikasjonsvansker og medikamentell forebygging utelukkes. Disse temaene kan likevel bli nevnt dersom det er naturlig.

Besvarelsen har som mål å finne forebyggende tiltak. Forebygging vil si at man reduserer sykdomsfremkallende og skadende faktorer (Kristoffersen et al., 2016, s.18), men i denne besvarelsen når jeg snakker om forebygging, vil det handler mer om sekundær- og tertiærforebygging, da disse formene for forebygging handler mer om å hindre ytterligere helsesvikt (Kristoffersen et al., 2016, s.18).

Jeg er bevisst på at problemstillingen kunne blitt innsnevret mer, da hjerneslag er en sykdom med varierende utfall, og mer et samlebegrep på symptomer (Wergeland et al., 2016, s.305). Depresjon er også en omfattende sykdom, som både kan være mild, moderat og alvorlig (Helsedirektoratet, 209, s.25). Perspektivet for oppgaven blir dermed nokså overordnet, da spørsmålet som stilles er vidt. Svar på problemstillingen vil derfor også være mindre spesifikke, men de vil likevel kunne si noe om hva sykepleieren kan gjøre.

1.4 Oppbygging

Videre i oppgaven følger kapitlene teori, metode, funn, diskusjon og til slutt en samlet avslutning og konklusjon. Til sammen seks kapitler. Teorikapitlet tar for seg det mest sentrale, som hjerneslag, depresjon, sykepleie, forebygging, samt noen retningslinjer og lover. Deretter følger metodedelen som skal forklare hvordan jeg har gått frem for å finne forskning. Denne forskningen presenteres i kapittel 4 "funn", med oversikt over hensikt, metode, utvalg, kvalitetsvurdering, hovedresultatene og til slutt det som har relevans for min problemstilling. I diskusjonskapitlet trekkes poenger ut fra forskningsartiklene og diskuteres opp mot innholdet fra kapittel 2. Til slutt kommer en konklusjon og avslutning som trekker sammen trådene fra diskusjonsdelen og hvor jeg kommer med mitt helhetsinntrykk av temaet.

2 Teori

Dette kapitlet vil ta for seg de ulike delene av problemstillingen og beskrives ved hjelp av relevant litteratur. Hovedteorien som gir grunnlag for diskusjonen vil presenteres først, deretter vil andre relevante begreper og tema beskrives for å gi en ramme til diskusjonen.

2.1 Virginia Hendersons sykepleieteori

Virginia Hendersons sykepleieteori bygger på tanken om at mennesket har visse grunnleggende behov, men at hver enkelt av oss dekker dem på sin individuelle og personlige måte og at dette henger sammen med kultur og det sosiale. Hun mente at ingen livsmønstre er helt like (Kristoffersen, 2016, s.37). Ifølge Virginia Henderson kan man si dette om sykepleiens funksjon:

Sykepleierens unike funksjon er å hjelpe den enkelte, syk eller frisk, i utførelsen av de aktivitetene som bidrar til helse eller til å bli frisk (eller til fredelig død) som den ville utføre uten hjelp hvis den hadde den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap og å gjøre dette på en slik måte at den gjenoppretter sin uavhengighet så raskt som mulig. (Henderson, 1966, sitert i Kristoffersen, 2016, s.38)

2.1.1 Grunnleggende behov

Henderson mente altså at mennesker trenger sykepleie når de har redusert eller manglende kunnskap, krefter, vilje, eller nedsatt evne til å ta selvstendige beslutninger og til å utføre gjøremål, eller dersom personen viser mangelfull ivaretagelse av grunnleggende behov. Når Virginia Henderson snakker om grunnleggende behov, mener hun sine 14 punkter, hvor de 8 første er mer basert på fysiske områder og går ut på å puste normalt, å spise og drikke tilstrekkelig, fjerne kroppens avfallsstoffer, opprettholdelse av riktig kroppsstilling både når man sitter, går og står og ved å skifte stilling, sove og hvile, passende klær og riktig av- og påkledning, opprettholdelse av normal kroppstemperatur, å holde kroppen ren, velstelt og å beskytte huden. De siste 6 behovene handler mer om det psykososiale og handler om å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre, om å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser, å praktisere sin religion og handle slik man mener er

rett, å arbeide med noe man synes er produktivt, å finne underholdning og meningsfull fritid, og det å lære det nødvendige for å ha en god helse og normal utvikling (Kristoffersen, 2016, s.39). Henderson nevner også at pasientens nærmeste pårørende kan være til hjelp når det gjelder å dekke pasientens behov (Kristoffersen, 2016, s.37).

2.1.2 Sykepleierens rolle ifølge Virginia Henderson

Sykepleierens rolle er hjelpe personer med å gjøre det de selv ville gjort dersom de hadde ressurser til det, og de 14 grunnleggende behovene kan brukes til å forklare hvilke områder sykepleieren kan hjelpe til med (Kristoffersen, 2016, s.38). Sykepleieren må identifisere det personen mangler, ved å ta utgangspunkt i at hvordan behovene oppleves og ivaretas vil variere fra person til person. Hun må derfor lære dette av den enkelte pasient slik at hun får riktig forståelse (Kristoffersen, 201, s.39). Men Henderson understreker også at i og med at det er pasienten som kjenner seg selv best, er denne en ansvarlig deltaker i forholdet (Kristoffersen, 2016, s.38). Rollen hennes er dessuten å erstatte eller hjelpe til med å dekke behov på en slik måte at personen blir uavhengig av hjelp så fort som mulig (Kristoffersen, 2016, s.39). Hun understreker også at rollen til sykepleieren vil variere avhengig av kontekst, for eksempel i ulike kulturer eller på ulike avdelinger, altså vil sykepleiers karakter være annerledes på et akutt sykehus enn for eksempel i hjemmesykepleien (Kristoffersen, 2017, s.40).

2.1.3 Sykepleierens forebyggende rolle

I Hendersons definisjon av sykepleie ligger også det å hjelpe den friske, dersom den av ulike årsaker ikke makter å bevare sin helse, og her vil sykepleieren ha en helsefremmende og forebyggende funksjon (Kristoffersen, 2017, s.38).

2.2 Hjerneslag

Hjerneslag rammer hvert år omtrent 15000 nordmenn, det er den tredje mest vanlige dødsårsaken og den mest vanlige årsaken til funksjonshemming i Norge. Det anslås at det vil

være enda flere i fremtiden, fordi andelen av eldre i befolkningen øker, dersom forebygging av slag ikke blir mer effektiv. Hjerneslag er dramatisk, det kommer plutselig og det rammer personen både fysisk, psykisk og sosialt (Wergeland et al., 2016, s.303).

En person som har gjennomgått hjerneslag kan ha mange ulike utfall, som resultat av at trombosen eller blødningen lokaliserer seg i ulike deler av hjernen. Hjerneslag kan gi motoriske utfall i form av lammelser, svelgevansker, balansetap, endret muskeltonus (spenningen av musklene), sensoriske utfall i form av nedsatt sensibilitet, synsforstyrrelser, neglekt (halvsidig oppmerksomhetssvikt), agnosi (vansker med å tolke sanseintrykk), rom- og retningsproblemer, vansker med kroppsoppfatningen, det kan ramme kognitive prosesser, vansker med tidsoppfatningen, apraksi (problemer med å gjennomføre tillærte bevegelser og handlinger). Hjerneslag kan også gi kommunikasjonsproblemer i form av afasi (språkdefekt), dysartri (utydelig uttale), oral apraksi (svakket evne til å lage riktige lyder), samt psykiske forandringer i form av emosjonell instabilitet, depresjon, aggresjon, initiativløshet, kritikkløshet, benektelse og bagatellisering, hallusinasjoner og vaskulær demens (Wergeland et al., 2016, s.306-309).

2.2.1 Behandling av hjerneslagrammede på slagenhet

Hensikten med innleggelse på akutt slagavdeling er å stille korrekt diagnose, begrense hjerneslagets omfang, forebygge komplikasjoner, og starte tidlig mobilisering (Wergeland et al., 2016, s.312).

Ved behandling etter hjerneslag er det ulike faser man forholder seg til: Akuttfasen gjelder de første 24 timene, subakutt fase 1 vil si fra time 24 til 72, og subakutt fase 2 er fra 3 dager til 2 eller 3 uker. Overgangsfasen er fra 2 eller 3 uker til 3 måneder, og tilpasningsfasen er fra 3 måneder. Forebygging og eventuell behandling av komplikasjoner starter i subakutt fase 1. I subakutt fase 2 er det naturlig å planlegge videre rehabilitering (Wergeland et al., 2016, s.312).

Helsedirektoratet sier at slagenhet bør ha tilgang til eller muligheten til å henvise til blant annet sosionom og nevropsykolog (Helsedirektoratet, 2017). I det tverrfaglige

samarbeidet er det viktig med tidlig kartlegging av utfall, start av, og planlegging av videre behandling og rehabilitering. Man skal samarbeide om mål for behandling og rehabilitering, planlegge videre oppfølging og utskrivning med pasient, pårørende og personell tilknyttet den videre oppfølgingen. Samspeillet mellom slagenhet og de øvrige instansene skal sikre at pasientforløpet blir optimalt. Opplysninger om pasientens situasjon før hjerneslaget sammen med nye opplysninger om nåværende tilstand vil utgjøre et individuelt pasientforløp, og dette bør planlegges tidlig. Fastlegen vil ofte ha en koordinerende oppgave (Helsedirektoratet, 2017).

Sykepleieren i slagbehandling og rehabilitering har i hovedsak disse funksjonene: fortolkende, støttende, integrerende og bevarende. Sykepleieren er en del av det tverrfaglige teamet, og er til stede gjennom hele døgnet. Sykepleieren har en koordinerende rolle i teamet og skal sørge for en plan videre i forbindelse med rehabilitering, kontakten med pårørende og kommunehelsetjenesten (Wergeland et al., 2016, s. 315).

2.3 Depresjon

I "Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom" skriver Aarre at depresjon er et av de største folkehelseproblemer vi har, det gjør det svært vanskelig å fungere i dagliglivet og reduserer livskvaliteten. Kjenntegn på depresjon kan være at personen er lei seg, motløs, passiv, distansert, demotivert. Symptomer på depresjon i følge ICD-10 kjennetegnes ved senket stemningsleie, mindre glede eller interesse for det man vanligvis får glede av, mindre energi, dårligere selvtillit, urimelig selvkløddring, tilbakevendende tanker om død eller selvmord, nedsatt konsentrasjonsevne, agitasjon eller retardasjon, forstyrret søvn, endret matlyst. Diagnostiske kriterier for depresjon er at to av de tre første symptomene må være til stede mesteparten av tiden i minst 14 dager, de siste syv må man ha ett eller flere av. Dessuten er et kriterium at symptomene fører til nedsatt funksjonsevne eller subjektiv lidelse (Aarre, 2014, s.141).

2.3.1 Depresjon etter somatisk sykdom

En utfordring med å diagnostisere eller være oppmerksom på symptomer hos personer som får depressive symptomer med somatisk sykdom i bunn, er at flere av symptomene kan

forveksles med den somatiske sykdommen. For eksempel vil en person som er somatisk syk ofte ha mindre energi. Man bør legge mer vekt på de psykologiske symptomene som tristhet, håpløshet, mangel på opplevelse av glede, pessimisme, skyldfølelse, eller selvmordstanker ved diagnostisering av depresjon etter somatisk sykdom (Aarre, 2014, s.137).

I kapitlet om depresjon skriver Aarre at depresjon er vanlig ved somatiske sykdommer. Han mener at underdiagnostisering og -behandling kan skyldes at den somatiske sykdommen blir oppfattet som det mest dramatiske og alvorlige, og at de psykiske følgene dermed får mindre oppmerksomhet, dessuten kan det være at helsepersonell ikke føler seg fortrolige med diagnostikk og behandling av psykiske lidelser (Aarre, 2014, s.135).

2.3.2 Depresjon etter hjerneslag

Depresjon etter hjerneslag er vanlig, og forekommer, ifølge Finset, hos omtrent 40% av pasienter etter slag. Ved hjerneslag kan de psykiske konsekvensene til dels skyldes hjerneslaget i seg selv, samtidig som at en person som har hatt et slag reagerer følelsesmessig på sykdommen, uten at det er en direkte konsekvens av skaden (Finset, 2014, s. 504). Ifølge Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen opplever pasienten og de nærmeste pårørende det som en katastrofe når pasienten får et hjerneslag (2016, s.309).

Det er ikke enighet i forskningsmiljøet om hva depresjonen etter slag kommer av (Finset, 2014, s.507). Finset forteller at er en tydelig sammenheng mellom hvor i hjernen slaget har funnet sted og forekomsten av depresjonen i de to første månedene etter slaget. Depresjon forekommer hyppigst hos pasienter som har hatt hjerneslaget lokalisert til venstre pannelapp. Dessuten viser studier at forekomsten av depresjon går noe ned i løpet av det første året, etterfulgt av en stigning. Dette kan ha med å gjøre at man ofte opplever betydelig bedring i løpet av de første månedene, for så å stagnere (Finset, 2014, s. 504). Lokalisasjonen av hjerneslaget kan også påvirke personens evne til å mestre det nye livet med funksjonsnedsettelse (Wergeland et al., 2016, s.309).

2.3.3 Forskjell på depresjon og sorg

Begrepene depresjon og sorg blir ofte brukt om hverandre i dagligtalen skriver Ekeberg. Sorg er alltid utløst av et tap, og tankene sirkler rundt det man har tapt. Det er en naturlig reaksjon på det tapte, og reaksjonen til personen er passende. Dersom en reaksjon på en hendelse virker urimelig, kan dette være et tydelig tegn på depresjon. På grunn av forskjellige tiltak er det viktig å skille mellom depresjon og sorg (Ekeberg, 2014, s.315).

2.3.4 Forebygging av depresjon

Forebygging og behandling av depresjon bør ha høy prioritet i helsevesenet, også i det somatiske, hvor forekomsten av depresjon er dobbelt så høy som ellers i befolkningen (Aarre, 2014, s.135). Helsepersonell på somatiske sykehus bør kunne symptomer på depresjon, og dermed gjøre en pålitelig diagnostikk av depresjon, men Aarre fraråder å gjøre regelmessig screening da det ikke har bevist effekt, det vil gi falske positive svar og risikerer å sykeliggjøre normale reaksjoner på somatisk sykdom. Han foreslår å heller stille spørsmål til hvordan pasienten har det, og vise vilje til å snakke om det som er vanskelig, og at de fleste vil uansett fortelle om de depressive symptomene dersom noen gir dem muligheten (Aarre, 2014, s.141).

2.4 Lover og retningslinjer som styrer sykepleien

For å forklare sykepleiens innhold kan man bruke yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Kristoffersen et al., 2016, s.16). De mest relevante punktene fra disse retningslinjene som skal si noe om grunnlaget som sykepleieren bør handle ut fra er disse: "1.1 Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap", "1.3 Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig", "1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis", "1.7 Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner" , "2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom" og "2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg" (NSF, 2019).

Ifølge "Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester", paragraf 3-2, skal kommunen tilby "[...], utredning, diagnostisering og behandling. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering [...] (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2).

Ifølge helsepersonelloven hva gjelder forsvarlighet, skal helsepersonell "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". Videre står det at helsepersonell skal "henvise pasienter videre der det er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell" (Helsepersonelloven, 1999 § 4).

2.5 Forebygging av sykdom

Man kan dele inn ulike typer forebyggende arbeid med primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebyggende tiltak er forsøk på å nå ut til enkeltmennesker som enda ikke har redusert helsetilstand eller blitt syke for å opprettholde funksjon (Kristoffersen et al., 2016, s.18).

Sekundær forebygging går ut på avdekke hvilke mennesker som har helsesvikt eller økt risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, slik at man kan gjennomføre tiltak for å unngå sykdom (Kristoffersen et al., 2016, s.18). Sekundærforebygging er også å redusere følger av sykdom, selv om det lett kan forveksles med behandling. Et godt eksempel på sekundærforebygging er screening (Braut & Larsen, 2018). Screening går som regel ut på at personen tar en slags test eller en annen undersøkelsesmetode for å oppdage en sykdom eller risiko for sykdom som enda ikke har blitt avdekket. Meningen med screening er ikke å diagnostisere, men å avdekke hvilke individer som er aktuelle for videre undersøkelser (Braut, 2021).

Tertiærforebygging er tiltak som går ut på å unngå komplikasjoner av en sykdom pasienten allerede har, og å hindre nye helseproblemer hos kronisk syke eller dem med funksjonssvikt (Kristoffersen et al., 2016, s.18). Store medisinske leksikon understreker at denne formen for forebygger grenser nært opptil rehabiliteringen i seg selv, hvor fysioterapi

til en pasient med benbrudd kan være et eksempel på slik forebygging (Braut & Larsen, 2018).

Det er i tillegg interessant å nevne en nyere type forebygging, “quaternary prevention”, en type forebygging som har som hensikt å identifisere pasientens risiko for overmedikalisering, forhindre overdiagnostisering, unødvendige inngrep og unngå å skade (Wonka, 2021).

3 Metode

I dette kapitlet skal jeg forklare hvordan jeg har gått frem for å finne kunnskap, og måten man finner kunnskap på, bør egne seg til å belyse valgt problemstilling (Dalland, 2017, s.52). Metoder kan kategoriseres innenfor kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitative metoder vil si at man har gått frem for å finne kunnskap ved hjelp av tall, altså er det hensiktsmessig å bruke en kvantitativ metode dersom man for eksempel lurte på prosentandelen av noe, mens en kvalitativ metode er bedre å bruke dersom man ønsker å forstå noe, og hvis man stiller spørsmål rundt for eksempel hvordan noe oppleves av en bestemt gruppe (Dalland, 2017, s.52).

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgavens metode er et systematisk litteraturstudie, da det er dette som er rammen for bacheloroppgaven. I en litterær oppgave tar man kunnskap i form av fagkunnskap, forskning og teori som allerede finnes (Dalland, 2017, s.207), og argumenter fra disse kildene brukes til å svare på problemstillingen (Dalland, 2017, s.214). Denne metoden anser jeg som en kvantitativ metode, da den blant annet går i bredden, innhenter data fra mange undersøkelser, får frem det gjennomsnittlige, det er ikke direkte kontakt med feltet, jeg ser på temaet utenfra (Dalland, 2017, s.53). Når jeg sier at det er et systematisk litteraturstudie betyr det at jeg har gått systematisk frem for å finne forskningsartikler. I et litteraturstudie er det viktig å forklare godt hvordan man finner forskningen, og dessuten at det gjøres gode vurderinger av disse (Dalland, 2017, s.212). Jeg har valgt å presentere et oversikt over artiklene i en tabell for å gjøre dette oversiktlig, dessuten finnes en mer grundig kvalitetsgjennomgang som vedlegg. Jeg vil i tillegg til litteratur også bruke egne tanker og erfaringer dersom jeg finner dette hensiktsmessig.

3.2 Litteratursøk og databaser

Oversikt over søk finnes i vedlegg 1. Søk ble gjort i databasene Cinahl med fulltekst, pubmed og psycinfo. Søk på Norsk ble forsøkt gjort i Swemed+, men ingen relevante artikler ble

funnet, eller lest, derfor utelukker jeg disse søkene. Ulike søkeord ble forsøkt. Det ble tatt utgangspunkt i de mest sentrale begrepene i problemstillingen “depresjon”, “slag”, “sykepleie”, “forebygging”. Ulike synonymer ble funnet ved hjelp av nettsiden mesh.uia.no og ulike kombinasjoner av disse ble forsøkt i databasene cinahl med fulltekst og pubmed. Alle disse søkene ble gjort på engelsk. Mange ulike kombinasjoner og synonymer ble forsøkt, og rundt 30 sammendrag ble lest. En god del relevante artikler ble funnet i referanselisten til artiklene fra søk i databaser ble lest, men denne metoden ga for mange resultater, og denne metoden ble dermed avbrutt.

I løpet av eksperimenteringen ble det funnet en del relevante artikler, og mange av disse artiklene havnet i flere av søkene. Emneord som gikk igjen i disse artiklene var “depression” eller “post-stroke depression” og “stroke” og disse ordene ble derfor sentrale i det systematiske søket som ligger vedlagt. Den første søkestrengen som ble brukt i det systematiske søket var altså “depression” og “stroke” som emneord, og “nurs*” og “prevent*” som trunkerte tekstord. Denne søkestrengen ga en overkommelig mengde av artikler, hvor artiklene også så ut til å svare på problemstillingen. En annen søkestreng ble også benyttet, hvor tekstordet “post-stroke-depression” og “prevent*” ble anvendt for å inkludere artikler som ikke nevnte sykepleie, men som likevel kan være relevante, ved at man isteden har brukt begreper som for eksempel “health personnel”. Disse to søkestrengene ble brukt i alle databaser.

I Cinahl ga den førstnevnte søkestrengen 21 artikler, hvor 5 av titlene så ut til å passe til problemstillingen, og disse sammendragene ble lest, 4 hele artikler ble lest. Av disse kunne “Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital”, “Nurse-led ward rounds: a valuable contribution to acute stroke care” og “CE. Early Intervention in Patients with Poststroke Depression” svare på problemstillingen min. Sistnevnte ble senere ekskludert da den ikke holdt god nok kvalitet etter kvalitetssjekk fra helsebiblioteket (Folkehelseinstituttet, 2016). Den andre nevnte søkestrengen ga 21 treff, 6 sammendrag og 2 artikler ble lest. Oversiktsartikkelen “Post-stroke depression: A 2020 updated review” ble valgt ut. Denne databasen ga til sammen 3 artikler.

I Pubmed ga den første søkestrengen 36 treff, 5 sammendrag ble lest, og 3 artikler. 1 av dem var nokså relevant, men ble ikke valgt da studien var gjort etter utskrivelse fra

sykehus. En rekke andre søkeord ble forsøkt i databasen, men ingen artikler samsvarte med kriteriene som ble valgt.

Databasen Psychinfo ble også benyttet. Den første søkestrengen ga 4 treff, hvorav 2 ble lest både sammendrag og hel artikkel, og begge ble valgt: "Stroke survivor and informal caregiver perceptions of poststroke depressive symptoms", og "Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke". Søkestreng nummer to ga 7 treff, hvor 3 sammendrag ble lest, 2 artikler ble lest, og 1 artikkel var ganske relevant, men ble likevel valgt bort, da den ikke var like passende som de andre artiklene. Ingen andre søkemetoder ble anvendt, kunne disse seks søkene.

3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Etter å ha brukt mye tid på å søke etter artikler knyttet til området ble det tydelig at det finnes store mengder av forskning på dette feltet. Likevel erfarte jeg at det var utfordrende å finne artikler som handlet om sykepleierens spesifikke rolle, forebygging - ikke behandling, og den meste av forskningen kan se ut til å ha blitt gjort etter utskrivelse fra slagenhet. Derfor valgte jeg å ta med relativt få eksklusjonskriterier. Artikler som inneholdt tilgjengelig sammendrag, tilsvarende emner, og artikler etter 2011 ble inkludert i søkene. Kun artikler fra fagfelleurderte tidsskrift, engelsk språk, fra Europa, Nord-Amerika, Australia, og pasienter i alderen 45-64. Inklusjonskriterier som ikke lot seg krysse av i enkelte av databasene ble søkt manuelt etter.

Etter søkene ble artikler manuelt ekskludert dersom tittelen indikerte at det kun var medikamentelle metoder som ble brukt, dersom studien omhandlet afasirammede slagpasienter, dersom det var undersøkelser gjort i etterkant av utskrivning fra slagpost eller dersom tittelen indikerte at det handlet om en annen yrkesgruppe. Sammendragene til artikler som ble stående etter denne eliminasjonen ble lest med fokus på formål og konklusjon. Det ble spesielt lett etter tiltak som det er naturlig at sykepleieren gjør, eller som gir direkte implikasjoner om hvordan sykepleiepraksis bør utføres.

Ytterligere tilspissing av problemstilling har blitt vurdert fortløpende i løpet av arbeidet med besvarelsen, men den har blitt stående for å kunne beholde artikler som sier noe spesifikt om sykepleierens rolle.

3.3 Annen litteratur

Kilder til teksten som har blitt presentert i kapittel 2 ble funnet ved å lete på skolens bibliotek etter bøker som først og fremst handlet om hjerneslag, sykepleieteoretikere, og psykiske lidelser. Boken til Dahl, Aarre og Loge og viste seg å være sentral da den nevner en del om depresjon og andre psykiske påkjenninger etter hjerneslag og andre somatiske sykdommer. Teorien til Virginia Henderson ble funnet i "Grunnleggende sykepleie 3", og informasjon om hjerneslag ble hentet i "Klinisk sykepleie II". De delene av tekstene som så ut til å belyse problemstillingen min (Dalland, 2017, s.199), ble det tatt utdrag fra.

3.4 Kildekritikk

Artikler har kun blitt søkt etter i databaser med vitenskapelige tidsskrifter, og det er derfor sikret at redaksjoner i tidsskriftet og uavhengige fagpersoner har sikret kvaliteten, og dette er dermed en trygghet i at kildene bærer god kvalitet (Dalland & Trygstad, 2017, s.154). En potensiell utfordring kan være at noen land har organisert helsevesenet annerledes enn i Norge, men jeg vil i stor grad trekke ut konsepter i artiklene, og ikke i like stor grad de mest konkrete tiltakene, slik at måten helsesystemene er organisert på vil ha mindre betydning.

En svakhet ved kildesøk kan være at jeg subjektivt har valgt ut de artiklene jeg synes svarer best på problemstillingen, og dermed kan det være at jeg styrer retningen til oppgaven på en måte som andre ikke ville gjort. Men jeg har anvendt inklusjon- og eksklusjonskriterier, noe som er med på å sikre at kildene har blitt valgt etter like kriterier. Afasi er ekskludert for å gjøre oppgaven mindre omfattende, men jeg antar at mange med afasi er disponible til å bli deprimerte, og tallene på antall deprimerte stemmer dermed

nødvendigvis ikke helt overens med det som blir diskutert. Jeg har dessuten erfart at mange kilder oppgir ulik prosentandel på hvor mange som får depresjon etter slag.

Sjekkliste fra 2016 hentet fra nettsiden helsebiblioteket.no, ble brukt til å se om artiklene hadde god nok kvalitet (Folkehelseinstituttet, 2016). Alle artiklene ble vurdert til nokså god eller god kvalitet, dog noen områder kunne vært bedre i noen av artiklene.

3.5 Etiske hensyn

Alle valgte artikler oppgir i artikkelen at den har blitt etisk overveid. Artikkelen som er et kvalitativt studie med dybdeintervju av pasienter anser jeg som mest sårbare hva gjelder etiske hensyn. Forskerne i denne studien har fått tillatelse av etisk komité før innhenting av data, og alle deltakere har samtykket til å bruke dataene (Kouwenhoven et al., 2011, s.1729). Jeg tenker at et viktig etisk hensyn i en litterær oppgave er å henviser så korrekt som mulig til litteratur man bruker, og dette tar jeg sikte på å gjøre så godt det lar seg gjøre. Jeg kunne ha brukt flere direkte sitat for å være mer tro mot tekstene, men jeg har hatt behov for å skrive om en del av litteraturen, i forsøk på å få god flyt i teksten, dessuten får jeg vist leseren at jeg forstår tekstene dersom jeg bruker egne ord.

4 Funn

En oversikt over funnene, hensikt, metode, utvalg, oppsummering av kvalitetsvurdering og hovedresultater presenteres først i hvert underkapittel, og det avsluttes med relevans for oppgaven. Under relevans for oppgaven har det som svarer på min problemstilling blitt trekt ut fra artikkelen.

Fem artikler med god spredning i type metode ble valgt. Funnene består av et studie med blandet metode, med dybdeintervju for å forklare resultater fra den kvantitative delen (Van Dijk et al., 2018, s.2884), et kvalitativt med dybdeintervju av pasienter (Kouwenhoven et al., 2011, s.1727), et tverrsnittstudie med intervju og spørreundersøkelse av både pårørende og pasient (Klinedinst et.al., 2012, s.73), en omfattende oversiktsartikkel (Medeiros et al., 2020, s.71) og et intervensjonsstudie (Catangui & Slark, 2012, s.801).

4.1 Artikkel A

Tittel	Forfatter	Årstall	Land
“Nurse-led ward rounds: a valuable contribution to acute stroke care”.	Elmer Javier Catangui og Julia Slark.	2012.	England.

Hensikt: Undersøke om sykepleieledet visitt vil gjøre pleien bedre ved å systematisk undersøke og evaluere de viktigste sykepleieområdene, og nåværende utfall av hjerneslaget.

Metode: Kvantitativt intervensjonsstudie hvor sykepleieteam gjennomførte systematiske undersøkelser og evalueringer av 11 sykepleieområder ukentlig. Resultatene presenteres i form av andel av pasientene som det ble avdekket av sykepleierne at hadde ulike komplikasjoner.

Utvalg og sted: 108 deltakere på sykehusavdeling.

Kvalitetsvurdering: Fagfellevurdert og med vitenskapelig redaksjon. Jeg savner en bedre forklaring på hvordan resultatene fra studien passer inn med tidligere pleie. Har tydelig formål og godt beskrevet hva intervensjonen går ut på, og resultatene gir gode resultater til problemstillingen min, og den blir derfor valgt ut.

Hovedresultater: Initiativet har forbedret kommunikasjon mellom sykepleiere og pasientinvolvering i omsorgsplanleggingen. Det har også mobilisert sykepleiere til å ta flere avgjørelser innenfor sin profesjonelle arena, og studiens bidrag har hatt en innvirkning på pasientomsorg og sikkerhet gjennom tidlig oppdagelse og forebygging av hjerneslagkomplikasjoner.

Relevans for oppgaven: Forfatterne skriver i diskusjonen at en god praksis for sykepleieren ved positiv depresjonsscreening er å informere lege om disse funnene slik at pasienten blir henvist raskt til videre screening og vurdering (s.805). Forfatterne konkluderer med at pleien ble bedre ved hjelp av initiativet og at den dermed hadde positiv innvirkning på pasientomsorg og sikkerhet gjennom tidlig oppdagelse og forebygging av hjerneslagkomplikasjoner (Catangui & Slark, 2012, s.801).

4.2 Artikkel B

Tittel	Forfatter	Årstall	Land
Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital.	Mariska J. Van Dijk, Thóra B. Hafsteinsdóttir, Marieke J. Schuurmans & Janneke M. de Man-van Ginkel.	2018.	Nederland.

Hensikt: Å utforske gjennomførbarhet og aksept av verktøysett for å forhindre PSD (post-stroke depression) i daglig sykepleieutøvelse.

Metode: Blandet kvalitativ og kvantitativ metode, gjennomgang av pasientjournaler og gruppeintervju av sykepleiere i etterkant. Pasientjournaler ble gjennomgått. 3 fokusgruppeintervjuer i grupper på 10, 12 og 6 sykepleiere for å forklare resultatene.

Utvalg og sted: 775 pasienter, 28 sykepleiere på hjerneslagavdeling.

Kvalitetsvurdering: Fagfellevurdert og vitenskapelig redaksjon. Godt formulert formål, godt beskrevet metode. Den blandede metoden har utvalg av mange pasienter, og fokusgruppeintervjuene har ulik størrelse på gruppene og randomisert utvalg, jeg anser derfor metoden og resultatene til å bære god kvalitet. Resultatene er delvis gode til å svare på problemstillingen min, men jeg anser kvaliteten på svarene til å være god.

Hovedresultater: Forbedret strukturell screening av depressive symptomer, samt bruk av intervensjoner ved positiv screening, noe som forbedret kvaliteten på omsorg for pasienter etter hjerneslag. Mot fremtidig implementering av verktøysettet, bør følgende vurderes for å øke etterlevelse: Utnevnelse av ledere for verktøysettet etter at det blir implementert, innlemmelse av verktøysettet i digitale systemer på arbeidsplassen og forbedring av tverrfaglig forpliktelse.

Relevans for oppgaven: Sykepleiere og sykepleierstudenter får opplæring i et verktøysett som basert på forskning skal hjelpe med å forebygge depresjon, for så å se hvor godt dette lot seg gjennomføre i daglig praksis, samt finne ut hvilke barrierer som finnes for å bruke dette i hverdagen (s.2884). Verktøysettet er basert på evidens, derfor vil bedring av gjennomføring av intervensjonene forbedre pleien og redusere depresjon (s. 2882). Screening skulle gjøres av alle pasienter den 4.dagen etter innleggelse, hvor skjemaet Depression Prediction Scale ble brukt. Skjemaet Signs of Depression Scale ble brukt ved kommunikasjonsutfordringer hos pasienten. Ved positiv screening skulle sykepleierne gjennomføre disse intervensjonene: diskusjon om resultatet av screening i et tverrfaglig møte, sende informasjon om resultatet av screeningen og videre sykepleieintervensjoner til oppfølgingsbehandling, integrere fysiske aktiviteter i daglig pleie og tilrettelegging for deltakelse, forbedre egenomsorg, sørge for å aktivt gi god informasjon, fremme viktigheten av sosial støtte, gi veiledning i å finne mening og støtte (s.2884). Sykepleierne syntes det var vanskelig å innlemme verktøysettet i sin daglige rutine, og tror det ville vært lettere dersom

fagsykepleiere deltok mer, hvis det var bedre tverrfaglig forpliktelse, og dersom det ble innlemmet i digitale journalsystemer (s.2889). Noen av sykepleierne nevnte at man bør vente et par dager til før screening, fordi da er det kliniske bilde mer vedvarende (s.2888). Etter implementeringen av verktøysettet ble screening redusert med -16,3%, mens anvendelse av sykepleieintervensjonene vedvarte (Van Dijk et al., 2018, s.2882).

4.3 Artikkel C

Tittel	Forfatter	Årstall	Land
'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke.	Siren E. Kouwenhoven, Marit Kirkevold, Knut Engedal & Hesook S. Kim	2011	Norge.

Hensikt: Å beskrive opplevelsene til hjerneslagoverlevende som lider av depressive symptomer i den akutte fasen med fokus på følgende spørsmål: (a) hva er depresjonens karakter i den akutte fasen for en som opplever PSD? (b) hvordan er det å leve med depresjon de første ukene etter hjerneslag? (s.1727).

Metode: Kvalitativ metode. Dybdeintervju av pasienter etter positiv depresjonsscreening, gjennomført 4 til 7 uker etter innleggelse. Dataene ble analysert først med "naiv lesning", deretter strukturell analyse og til slutt omfattende forståelse.

Utvalg og sted: 9 deltakere rekruttert fra slagenhet.

Kvalitetsvurdering: Vurdert av vitenskapelig redaksjon og fagfelleverdert. Det er tydelig formulerte forskningsspørsmål og godt forklart hvorfor det er viktig å svare på disse, godt beskrevet metode, hvor metoden passer godt til å besvare spørsmålene som blir stilt, randomisert utvalg. Jeg anser resultatene som gode basert på sjekkliste. Resultatene bidrar til å svare på min problemstilling.

Hovedresultater: Deltakerne bekreftet at de hadde depressive symptomer, men ordet depresjon ga ikke mening i seg selv. Erfaringene i den akutte fasen var relatert til tapene de opplevde. Sykepleiere bør ta hensyn til dybden av livsendringer som overlevende etter hjerneslag kan erfare. Det er behov for mer forskning om temaet.

Relevans for oppgaven: Et viktig funn i den kvalitative undersøkelsen er at pasientene forklarer symptomer uten å bruke velkjente psykologiske begrep, og 4 av de 9 deltakerne nevnte aldri ordet depresjon, mens 2 andre beskrev seg selv om ikke deprimerte. Følelsen av "en mistet kropp", var essensielt i alle intervjuer. Deltakerne snakker på en eller annen måte om 2 hovedtemaer: Å være fanget, og å miste seg selv (s.1730). I den akutte fasen bruker sykepleiere mye tid med hjerneslagpasienter, noe som både gir mulighet og ansvar. Helsepersonell gjenkjenner ofte ikke depressive symptomer, og det kan være stor avstand mellom den subjektive opplevelsen og de objektive symptomene, altså er ikke tradisjonell kunnskap og screening-verktøy nok. Personene i studien karakteriserte symptomene i akutt fase som melankolsk elendighet, meningsløshet og 'frosne' følelser. Funnene fra undersøkelsen forteller at sykepleiere og andre må ta hensyn til dybden av livsendringer og hvordan dette oppleves av hjerneslagoverlevende. Sykepleieren bør "lokke frem" og ta hensyn til den unike erfaring fra hjerneslagpasienten og deres pårørende, og gi dem god nok informasjon, veiledning og støtte i den akutte fasen og videre i forløpet. Sykepleiere kan hjelpe til med å sette mål og finne mestringsstrategier, se nye muligheter og å gjenoppdage nye, fargerike lag i livet (Kouwenhoven et al., 2011, s.1734).

4.4 Artikkel D

Tittel	Forfatter	Årstall	Land
Stroke survivor and informal caregiver perceptions of poststroke depressive symptoms.	Jennifer Klinedinst, Sandra B. Dunbar og Patricia C. Clark.	2012.	USA.

Hensikt: Å fastslå pasient og pårørendes kjennskap til depressive symptomer, hvordan man gjenkjenner depressive symptomer etter hjerneslag, og deres oppfatning av symptomene som ble gjenkjent.

Metode: Kvantitativt tverrsnittstudie. Intervju av pasient og pårørende individuelt. Bruk av flere avkrysnings- og spørreskjemaer.

Utvalg og sted: 44 pasienter og 1 pårørende til hver pasient (88 deltakere til sammen) rekruttert fra 7 ulike sykehus.

Kvalitetsvurdering: Vurdert av vitenskapelig redaksjon og fagfelleverdert. Tydelig formulert forskningsspørsmål og metode. Utvalget rekruttert fra 7 ulike sykehus, og størrelsen på utvalget er ganske god, pasient og pårørende separat ved intervjuene slik at de ikke påvirker hverandre, jeg anser dermed kvaliteten som god. Artikkelens forskningsspørsmål passer ikke direkte til min egen problemstilling, men jeg velger å ta den med da den har gode implikasjoner til hva sykepleieren kan gjøre på slagenhet for å forebygge depresjon.

Hovedresultater: Pårørende og pasient hadde moderat kunnskap om depressive symptomer, og noen misforståelser. Pårørende og pasient har noen ulike oppfatninger. Tre fjerdedeler av pasientene med høye nivåer av depressive symptomer identifiserte klyngen av symptomer

som depresjonssymptomer. Nevrosykepleiere har en unik mulighet til å utdanne hjerneslagoverlevende og pårørende om depressive symptomer etter slag, behandlingsmuligheter og viktigheten av å diskutere dette hos helsepersonell.

Relevans for oppgaven: Forfatterne konkluderer med at nevrosykepleiere har en unik mulighet til å utdanne hjerneslagoverlevende og pårørende om depresjon etter hjerneslag, behandlingsmuligheter og viktigheten av å diskutere depressive symptomer hos helsepersonell som er ansvarlig for pasienten (s.72). Pårørende og pasient opplever depresjonssymptomer hos pasienten på forskjellige måter. Det er mye informasjon for både pårørende og pasient både på sykehusavdeling, og på rehabilitering, men læringsforholdene er ikke ideelle. Denne studien viser at de som fikk skriftlig materiale og som faktisk leste den, hadde et høyere kunnskapsnivå. Sykepleiere bør lære pasienten om tegn på depresjon, at symptomer må undersøkes som en helhet, årsak, konsekvenser og tidslinjen for symptomene, og alternativer, tilgjengelighet og fordeler med behandling. Sykepleiere kan oppmuntre pasient og pårørende til å rapportere om symptomer på depresjon (s.72). Sykepleierne har potensiale til å få en enorm positiv innvirkning på pasientens humør og livskvalitet også utover det akutte forløpet (Klinedinst et al., 2012, s80).

4.5 Artikkel E

Tittel	Forfatter	Årstall	Land
Post-stroke depression: A 2020 updated review.	Gustavo C.Medeiros, Durga Roy, Nicholas Kontos og Scott R. Beach.	2020.	USA.

Hensikt: Å finne ut risikofaktorene for depresjon etter slag, de patofysiologiske mekanismene som fører til depresjonen, og hvordan helsepersonell skal se etter symptomer og diagnostisere depresjonen. Dessuten finne ut hvilke forebyggende inngrep og behandling det finnes evidens for.

Metode: Kvantitativ metode. Oversiktsartikkel med narrativ.

Utvalg og sted: 124 artikler ble gjennomgått

Kvalitetsvurdering: Vurdert av vitenskapelig redaksjon og fagfelleverdert. Tydelig formulert forskningsspørsmål og fremgangsmåte i søk etter artikler, passende metode til å svare på forskningsspørsmål. Studien viser mange funn for flere yrkesgrupper, nevner ikke spesifikt sykepleietiltak, men jeg anser artikkelen til å være av god kvalitet og at den kan underbygge funn fra mine andre artikler i kraft av at det er en oversiktsartikkel. Denne har god kvalitet da det er mange artikler gjennomgått, dessuten er den meget ny, forskerne valgte stort sett artikler med stort utvalg og studier som hadde gått over lang tid. Dessuten er det en oppsummering av forskning som har blitt publisert siden 1984, med hovedvekt på de seneste årene.

Hovedresultater: Depresjon etter hjerneslag er vanlig, og mulig å behandle, men det er en tilstand med mange negative følger. Tidlig oppdagelse og skikkelig behandling er essensielt for å få til bedre utfall hos personer med depresjon etter slag.

Relevans for oppgaven: Rutinemessig screening av depresjon etter slag har blitt forsterket og blir allment sett på som beste praksis. De mener at screening må sees på som mer enn "avkrysningsbokser", og en videre plan eller et system for å håndtere positiv screening er nødvendig. Det er uenighet om den mest nøyaktige tiden for screening for depresjon etter slag i perioden etter hjerneslag. Screening i den akutte delen av forløpet kan være suboptimal siden depresjon etter slag kan forveksles med for eksempel apati, katastrofal reaksjon, forbigående humørsvingninger m.m. Screening i rehabiliteringsavdeling og poliklinikker kan være bedre, da det kliniske bildet er mer vedvarende. Det beste screeningverktøyet for depresjon etter slag er det fortsatt uenighet om, og det er behov for studier med mer representative utvalg som sammenligner forskjellige spørreskjemaer (s.74). Det er viktig å erkjenne at depresjon er ikke en normal konsekvens av hjerneslag, og flertallet av pasientene med hjerneslag vil ikke utvikle depresjon til tross for nedsatt funksjonsevne, og at depressive symptomer kan behandles selv om funksjonsnedsettelse vedvarer. Det er viktig å være klar over utfordringer i hvordan man diagnostiserer depresjon

etter slag, fordi symptomene kan overlapse eller forveksles med symptomer på andre tilstander som også er vanlige etter hjerneslag. Man bør fokusere mer på ikke-somatiske symptomer som følelsen av skyld, nedstemthet, håpløshet eller verdiløshet (Medeiros et al., 2020, s.74).

5 Diskusjon

Problemstillingen spør hva sykepleieren kan gjøre for å bidra til forebygging av depresjon på slagenhet. Altså er målet å finne svar på hvilke forebyggende tiltak sykepleieren kan gjøre. Det er ikke alle utvalgte artikler som spesifikt nevner ordet forebygging, men oftere nevnes hvordan man kan gjøre intervensjoner eller tiltak når pasienten viser depressive symptomer. Å sette inn tiltak i tidlig sykdomsutvikling eller først når man har avdekket at det er risiko for depresjon er eksempler på sekundær forebygging (Kristoffersen et al., 2016, s.18). Dessuten spørres det ikke om å forebygge depressive symptomer, da de uansett vil overlape med sorg (Ekeberg, 2014, s.315), men om å forebygge depresjonsdiagnosen. Og en depresjon i følge kriteriene på dette, er et faktum når symptomene ha vært til stede i minst 2 uker, og minst 3 av symptomene fra ICD-10 må være til stede i denne perioden (Aarre, 2014, s.141). Ofte er ikke pasienter lagt inn mer enn 2 til 3 uker på slagenhet, altså etter subakutt fase som varer til uke 2 eller 3 etter slaget. I løpet av denne tiden vil man altså egentlig ikke kunne diagnostisere en depresjon, derfor er det hensiktsmessig å se etter pasienter med depressive symptomer for å forebygge at depresjonsdiagnosen blir et faktum.

Jeg ønsker å fastslå før artiklene diskuteres, at det å ikke være deprimert påvirker flere grunnleggende behov. Hendersons bilde på menneskets grunnleggende behov er et helhetlig bilde, hvor flere av punktene hennes handler om det åndelige eller mentale, blant annet sier hun at mennesket trenger å gi uttrykk for sine egne behov og følelser, å praktisere sin religion og handle slik man mener er rett, å arbeide med noe man synes er produktivt (Kristoffersen, 2016, s.39). Men dersom man har blitt diagnostisert med en depresjon vil det sannsynligvis påvirke en rekke grunnleggende behov. For eksempel senket stemningsleie, mindre glede eller interesse og nedsatt konsentrasjonsevne (Aarre, 2014, s.141).), kan blant annet påvirke det å praktisere sin religion og handle slik man mener er rett, å arbeide med noe man synes er produktivt, å ha en meningsfull fritid, og det å kunne lære det nødvendige for å ha god helse. Dessuten kan depresjon gi symptomer som forstyrret søvn og endret matlyst (Aarre, 2014, s.141), noe som også vil gå utover grunnleggende behov som å spise og drikke tilstrekkelig og å sove og hvile (Kristoffersen, 2016, s.39).

5.1 Sykepleiere kan avdekke risiko for depresjon og sørge for videre henvisning

Sykepleieren kan gjennomføre screeningmetoder for å avdekke om pasienter har risiko for å bli deprimert (Catanguí & Slark, 2012, s.801), (Van Dijk et al., 2018, s.2884), (Kouwenhoven et al., 2011, s.1727) og (Medeiros et al., 2020, s.71). Screening-verktøy er en måte å drive sekundærforebygging på, hvor man tar sikte på å avdekke en sykdom eller risiko for sykdom man ennå ikke har fått påvist (Kristoffersen et al., 2016, s.18).

Som Gustavo C. Medeiros og kolleger oppsummerer i sin oversiktsartikkel fra 2020 er det fortsatt ikke enighet om hvilken type screening som egner seg best, men at det i de siste årene har blitt sett på som den beste praksisen en har (s.74). Forfatterne understreker også at det er nødvendig med et system for å håndtere en positiv screening, og at det må bli sett på som mer enn “avkrysningsbokser”, hvis ikke blir en slik rutinemessig praksis meningsløs (s.74). Dette nevner også Elmer Javier Catanguí og Julia Slark hvor de diskuterer oppdagelsen av depresjonssymptomer i sin undersøkelse av “sykepleievisitt” for å forberede identifisering av komplikasjoner etter hjerneslag. De nevner at en god praksis vil være å informere lege ved positiv screening, slik at videre henvisning blir sikret (2012, s.805). Men i studien til Mariska J. Van Dijk og kolleger, som blant annet gikk ut på å undersøke aksept av verktøy for å forebygge depresjon etter slag, kom det frem at det tverrfaglige miljøet ikke var like forpliktet som sykepleieren var (2018, s.2891), dermed blir det kanskje ikke like lett å sørge for videre henvisning, fordi sykepleieren kan bli stående i det alene. Men på en annen side har sykepleieren ofte den koordinerende rollen på slagenhet i Norge (Wergeland et al., 2016, s. 315), og det er sykepleier som skal sørge for en plan videre med rehabilitering og behandling, sammen med pårørende og kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Kanskje kan sykepleieren ta en ledende rolle og dette kan være et eksempel på at sykepleieren sørger for at kunnskap blir satt til praksis, noe hun bør, ifølge de etiske retningslinjene (NSF, 2019, pkt.1.4).

Aarre mener at helsepersonell bør kunne diagnostikk av depresjon, men at screening bør unngås. Dette fordi det kan gjøre at flere personer blir sykeliggjort når de egentlig har normale sorgreaksjoner på hendelsen, og at det dermed kan gi falske positive svar (Aarre, 2014, s.141). Jeg synes også det er interessant å nevne “quaternary prevention”, et begrep

skapt av de som mener at man bør forebygge og identifisere pasientens risiko for overmedikalisering og overdiagnostisering, da dette kan skade pasientene mer enn å hjelpe (Wonka, 2021). Det ser ikke ut til at noen av forfatterne diskuterer dette problemet i forskningsartiklene sine. Jeg mener likevel at dette er et godt verktøy å ha i rutinen på en slagenhet, da det sørger for identifisering av mulig helsesvikt som pasienten kanskje ikke er i stand til å vite noe om selv, noe som passer godt til Hendersons bilde på sykepleierrollen om at sykepleieren skal identifisere og hjelpe pasienten med å dekke behov den ikke har evne til å dekke på egenhånd (Kristoffersen, 2016, s.39). Å gjennomføre screening uten å ha et system som kan håndtere det er meningsløst (Medeiros et al., 2020 s.74), men jeg vil påstå at vi har et slikt system i Norge. I Norge skal helsepersonell henvise pasienter videre der det er nødvendig og mulig for at helsehjelpen kan kalles forsvarlig, og man skal dessuten samarbeide med annet helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999 § 4). Det er også et krav at kommunen skal kunne tilby helsehjelp i form av utredning, diagnostisering, behandling, og sosial og psykososial rehabilitering (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Og sykepleieren, som Henderson påpeker, skal identifisere mulig helsesvikt, og erstatte for pasienten det den ikke har ressurser til selv (Kristoffersen, 2016, s.39). Pasienten har dessuten rett til helhetlig pleie (NSF, 2019, pkt 2.3). Dette argumenterer for at vi har et system og sykepleieren har en rolle i å henvise til riktige fagfolk og sørge for en plan videre. Dermed kan det sies at screening-verktøy er passende å gjøre på sykehusavdeling i Norge, og at resten av forebyggingen eller behandlingen kan skje utenfor sykehusavdelingen.

Depression Prediction Scale (DePreS), brukes av Van Dijk, M. J. og hennes kolleger i deres forskning, og denne er spesielt utviklet for å avdekke risiko for depresjon etter hjerneslag i akutt fase på sykehus. Denne stiller spørsmål om pasienten har hatt tidligere psykisk sykdom, hypertensjon, hjertekramper/hjerteinfarkt, og hvor mye hjelp pasienten trenger med bekledning (de Man-van Ginkel et al., 2013). Sykepleiere som forsøkte å bruke dette screeningverktøyet i hverdagen, viste seg å gå mer bort fra dette verktøyet enn de andre tiltakene som gikk mer på å for eksempel forbedre egenomsorg og gi veiledning i å finne mening og støtte (Van Dijk et al., 2018, s.2882). Kanskje betyr dette at det er nok at sykepleiere vet hvilke intervensjoner de kan bruke for å forebygge depresjon, og at screeningverktøy er overflødig. Som Aarre sier angående forebygging av depresjon, vil

sannsynligvis pasienten også fortelle om hva den føler på, dersom den får muligheten til det (Aarre, 2014, s.141).

Når det kommer til tidspunkt på når screening bør gjennomføres er det også uoverensstemmelser i artiklene. Henderson nevner i sin teori at sykepleierens rolle vil variere ut fra de ulike institusjonene (Kristoffersen, 2016, s.40), altså kan det være at det å fokusere på psykisk sykdom ikke nødvendigvis er passende på en slagenhet. Hensikten med å være lagt inn på slagenheten er nemlig å stille korrekt diagnose, begrense hjerneslagets omfang, forebygge komplikasjoner, og starte tidlig mobilisering (Wergeland et al., 2016, s.312). Som forfatterne i "Post-stroke depression: A 2020 updated review" legger frem, er det sannsynligvis mer hensiktsmessig å vente til slagpasientens tilværelse har blitt mer stabilisert, altså at man utfører en screening på klinikkbesøk i etterkant av utskrivelse (2020, s.74). Sykepleiere i studien til Van Dijk med kolleger mener også at det kan være en fordel å vente til lenger enn den 4.dagen (2018, s.2888). Et godt poeng er at depresjonssymptomene kan forveksles med andre vanlige fenomener etter hjerneslag, for eksempel apati (Medeiros et al., 2020, s.74). Men på en annen side er det en av rollene at en slagenhet i Norge også forebygge komplikasjoner (Wergeland et al., 2016, s.312). Dermed er det kanskje en god idé å forsøke å avdekke på slagenhet hvem som er i risiko for depresjon likevel. Dessuten som flere kilder nevner, er sykepleieren rundt pasienten hele døgnet på slagenheten, og dette gir et ansvar og en mulighet til å finne ut av om pasienten har spesiell risiko for å utvikle depresjon, slik kan man gjøre noe med problemet tidlig.

Uavhengig av uoverensstemmelser rundt hvilket og når man bør gjennomføre screeningen, anser jeg det som naturlig å peke på dette verktøyet som et viktig funn i denne besvarelsen, når fire av fem artikler nevner screening i sine resultater og diskusjoner (Catanguí & Slark, 2012, s.801), (Van Dijk et al., 2018, s.2884), (Kouwenhoven et al., 2011, s.1727) og (Medeiros et al., 2020, s.71).

5.2 Sykepleiere som ledere

Forfatterne Elmer Javier Catangui and Julia Slark, har forsøkt å se på hvorvidt en sykepleieleddet vitstrunde kunne forbedre pleien til slagpasienter, herunder å forebygge komplikasjoner som for eksempel depresjon, ved å identifisere depresjonssymptomer (2012, s.801). Sykepleierne i studien har en litt annen rolle enn en sykepleier i Norge, ved at de for eksempel kan avgjøre at pasientene skal begynne på en ny type medisin, mulighet til å gjennomføre en slik intervensjon og ta avgjørelser angående behandling til pasientene. Derfor er nødvendigvis ikke resultatene direkte overførbare til en slagavdeling på et norsk sykehus. Man kan likevel spørre seg om dette kanskje hadde vært interessant å bruke som argument for at sykepleieren bør få større rom til å vurdere, avgjøre og lede. Forskerne i artikkelen som handler om gjennomførbarhet av intervensjoner for å forebygge depresjon, fant at for at sykepleiere skal få gjennomført intervensjoner og sånn sett ta ansvar for forebygging av depresjon, kan de trenge andre rammer for å lettere gjennomføre slik praksis, for eksempel at hele det tverrfaglige teamet skal forplikte seg (Van Dijk et. al., 2018, s.2889). Som det står i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, er sykepleieren personlig ansvarlig for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig, og sykepleien skal være forskningsbasert (NSF, 2019, pkt. 1.1 og 1.3). Sykepleieren har altså ifølge de yrkesetiske retningslinjene et stort ansvar innenfor sitt eget yrke, uavhengig av andre yrkesgrupper, dette betyr kanskje at hun er nødt til å lede for å oppfylle alle disse kravene. Men sykepleieren skal også kjenne sine grenser for kompetanse (NSF, 2019, pkt.1.7), og man skal samarbeide tverrfaglig om videre behandling, oppfølging og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2017). Dessuten skal en slagavdeling ha tilgang eller muligheten til å henvise til sosionom eller nevropsykolog (Helsedirektoratet, 2017). Virginia Henderson mente at sykepleierens rolle vil variere avhengig av hvor hun jobber (Kristoffersen, 2016, s.39). Jeg tenker at sykepleieren ikke skal stå i det alene om å forebygge depresjon på avdelingen, men at i og med at hun skal sørge for helhetlig omsorg (NSF, 2019, pkt.2.3) og har en koordinerende rolle i videre forløp for pasienten (Wergeland et al., 2016, s. 315), er det passende at man ser på sykepleiere som ledere for å forebygge depresjon.

5.3 Å ha kunnskap om fenomenet

Depresjon etter hjerneslag vanlig (Finset, 2014, s.506). Det betyr at en sykepleier, som er nær pasienten døgnet rundt, og dermed kan sies å ha et ansvar og en mulighet til å oppdage depressive symptomer (Wergeland et al., 2016, s.315), (Kouwenhoven et.al. 2011), bør vite at dersom det for eksempel er innlagt 10 pasienter på en avdeling, vil omtrent 4 av disse utvikle en depresjon etter utskrivelse.

Sykepleieren være oppdatert på forskning, og hun skal bidra med ny kunnskap (NSF, 2019, pkt 1.1 og 1.4). Altså bør sykepleieren ha denne kunnskapen. Henderson nevner ordet "kunnskap" i sin forklaring på sykepleiers funksjon, at hun må ha kunnskap som pasienten ikke nødvendigvis har (Henderson, 1966, referert i Kristoffersen, 2016, s.38). For å erstatte noe for pasienten bør altså vite noe om hvor vanlig depresjon er hos slagrammede, og ikke minst må hun vite symptomene på depresjon. Aarre skriver også at helsepersonell på somatiske sykehus kunne symptomer på depresjon (Aarre, 2014, s.141). I artikkelen til Van Dijk et.al. fra 2018, gjennomfører forskerne nettopp undervisning for sykepleiere og sykepleiestudenter hvor formålet er at de skal bruke kunnskapen de har lært, og dessuten lære verktøy for å avdekke risiko for depresjon for så å gjøre tiltak dersom pasienten har tidlige depressive symptomer. Artikkelen slår fast at etter denne undervisningen ble det økt fokus på depressive symptomer og forebygging av depresjon. De opplever at det er liten tverrfaglig forpliktelse (s.2889). Altså er det kanskje sykepleieren som bør fremme kunnskapen. Det kan også være en idé at alle i det tverrfaglige teamet får slik opplæring, slik at den viktige kunnskapen om depresjon etter hjerneslag ble mer implementert i praksis. Det er mye kunnskap om fenomenet som har vært tilgjengelig i mange år (Robinson & Jorge, 2015, s.1), og jeg tenker at flere ressurser kunne blitt brukt til å få kunnskapen ut i praksis.

Dessuten bør man vite at man enkelt kan forveksle depresjonssymptomer med andre tilstander som også er vanlige ved hjerneslag, som for eksempel for eksempel apati, katastrofal reaksjon, hypoaktivt delirium, justeringsforstyrrelse, og man bør fokusere mer på ikke-somatiske symptomer som skyld, nedstemthet, håpløshet eller verdiløshet, mer enn symptomer som tretthet, lite matlyst eller nedsatt konsentrasjon (Medeiros et.al. 2020). Dette underbygges av Aarre, som mener at man bør være oppmerksom på tegn som tristhet,

håpløshet, mangel på opplevelse av glede, pessimisme, skyldfølelse, eller selvmordstanker (Aarre, 2014, s.137).

På en annen side er det viktig at sykepleier er bevisst grenser for egen kompetanse (NSF, 2019, pkt. 1.7), og at sykepleieren dermed ikke skal være den som diagnostiserer en pasient, men i og med at hun har en koordinerende rolle (Wergeland et al., 2016, s. 315), det står i retningslinjene at hun skal ha faglig kunnskap og være oppdatert på forskning, samt at hun skal tenke helhetlig. (NSF, 2019, pkt. 1.4 og 2.3). Og som nevnt bør hun kunne kjennetegne på depresjon selv ved en somatisk avdeling (Aarre, 2014, s.141). På bakgrunn av disse poengene er det for meg åpenbart at en sykepleier bør å ha riktig kunnskap om fenomenet. Men, det er viktig å vite sine grenser, og dermed henvise til annen yrkesgruppe eller andre deler av helsevesenet for å sikre forsvarlig helsehjelp.

5.4 Sykepleieren kan ta hensyn til den enkelte pasients opplevelse av situasjonen

Sykepleieren bør altså vite nok om depresjon og depressive symptomer selv om hun arbeider i en somatisk avdeling (Aarre, 2014, s.141). Men som intervjuobjektene viser i studien til Kouwenhoven og kolleger fra 2011 kan det være stor avstand mellom den subjektive opplevelsen og de objektive symptomene, og tradisjonell kunnskap og screening er dermed heller ikke nok. Sykepleieren bør altså gå i dybden av pasientens livsendringer og "lokke frem" hvordan den enkelte opplever situasjonen sin (s.1734). Disse funnene er spesielt passende til flere av Virginia Hendersons tanker om sykepleierens rolle.

For det første mente Henderson at det er viktig at sykepleieren anerkjenner at mennesker opplever og ivaretar behov på forskjellige måter, og hun må derfor skaffe kjennskap omkring dette hos den enkelte pasient. Altså kan sykepleieren vite hvilke grunnleggende behov mennesker har, og vite hvilke symptomer man skal se etter, men det nytter ikke alltid dersom hun ikke er "nysgjerrig" på hvordan pasienten opplever situasjonen, og hva den enkelte legger frem angående hvordan man dekker behovene (Kristoffersen, 2016, s.37).

For det andre er det sykepleierens rolle å finne ut av hva pasienten trenger hjelp til for å dekke sine behov, og sykepleieren skal ha kunnskap som pasienten ikke nødvendigvis har (Kristoffersen, 2016, s.39). I den nevnte studien kommer det frem at den subjektive opplevelse og de objektive tegnene ikke nødvendigvis samsvarer. Altså kan man si at pasientene i studien ikke ville brukt ord som vanligvis brukes om depresjon som “tristhet”, “håpløshet”, “pessimisme”, “skyldfølelse” (Aarre, 2014, 137), men andre beskrivelser som “å være fanget”, “melankolsk elendighet”, “meningsløshet” og “frosne følelser” (Kouwenhoven et.al. 2011). Dette er viktige funn for sykepleieren som skal “erstatte” for pasienten det den ikke selv kan sørge for (Kristoffersen, 2016, s.39). Dessuten mener Aarre at de fleste uansett vil fortelle om de depressive symptomene dersom de får muligheten (2014, s.141), og at man på denne måten også kan gjøre screening unødvendig. Dette kan man på en måte også se tegn til i studien til Van Dijk og kolleger, nemlig at screening-metoden ble mindre vedlikeholdt enn intervensjonene som ble implementert for eksempel å gi veiledning i å finne mening og støtte (2018, s.2882).

Aarre foreslår å stille spørsmål til hvordan pasienten har det, og vise vilje til å snakke om det som er vanskelig, og at de fleste vil uansett fortelle om de depressive symptomene dersom noen gir dem muligheten (Aarre, 2014, s.141). Også ifølge Henderson har sykepleieren en oppgave i å la pasienten uttrykke følelser, fordi sykepleieren skal sørge for at pasientene får dekket sine behov, og mennesker trenger å uttrykke følelser (Kristoffersen, 2016, s.39).

5.5 Å gi informasjon til pårørende og pasient

Sykepleieren kan bruke pårørende som ressurs for å unngå at pasienter utvikler depresjon, ved å gi dem informasjon før utskrivelse (Klinedinst et.al., 2012) og (Kouwenhoven et.al., 2011). Forfatterne bak artikkelen “Stroke Survivor and Informal Caregiver Perceptions of Poststroke Depressive Symptoms” diskuterer dette spesielt, da studien er basert på intervjuer av pårørende og pasient og deres oppfatning av depressive symptomer (Klinedinst et al., 2012, s.?). Sykepleierne har muligheten til å undervise hjerneslagoverlevende og pårørende om depressive symptomer, behandlingsmuligheter og viktigheten av å diskutere

depressive symptomer hos helsepersonell etter utskrivelse. Det er mye informasjon for både pårørende og pasient både på sykehusavdeling, og på rehabilitering, men læringsforholdene er ikke ideelle, derfor kan skriftlig materiale være lurt å bruke som et hjelpemiddel for sykepleieren. De bør lære pasienten om tegn på depresjon, at symptomer må undersøkes som en helhet, årsak, konsekvenser og tidslinjen for symptomene, og alternativer, tilgjengelighet og fordeler med behandling.

Ifølge Henderson har alle et behov for å være i stand til å lære ny informasjon (Kristoffersen, 2016, s. 39). Dersom pasienten ikke skulle være i stand til dette, for eksempel grunnet nedsatt konsentrasjonsevne på grunn av depresjonssymptomer, kan pårørende hjelpe til med å dekke behovet om mulighet til å lære (Kristoffersen, 2016, s.37). Altså pårørende kan lære noe for pasienten og på denne måten dekke et grunnleggende behov.

Pårørende opplever også hjerneslaget som en katastrofe (Wergeland, et al., 2016, s.309), og jeg tenker at det også derfor er viktig å gi god nok informasjon. På en annen side, blir det kanskje dumt å gjøre mennesker oppmerksom på symptomer en kanskje vil få, og dermed sykeliggjøre mer enn nødvendig (Aarre, 2014, s.141). I noen tilfeller vil man kanskje finne det fordi man leter etter det, og sorg er jo normalt etter tap (Ekeberg, 2014, s.315). Aarre mener at sannsynligvis vil man fortelle om hvordan man har det, men man må få muligheten (2014, s.141).

Kanskje kan man møtes et sted på midten. Altså man kan søke etter å forstå dybden av hva pasienten opplever (Kouwenhoven et al., 2011), gjerne ved hjelp av pårørende dersom pasienten ikke er stand til det selv (Kristoffersen, 2016, s.37), og deretter gi pasient og pårørende tilstrekkelig med informasjon, og motivere til å ta tak i problemer, slik at depresjon ikke blir et faktum. Dessuten nevner Henderson at sykepleieren kjenner ikke pasienten, og vet kun hvilke grunnleggende behov mennesket har, men ikke hvordan pasienten opplever og oppfyller dem, dermed bør også pasienten ta noe av ansvaret for sykepleien (Kristoffersen, 2016, s.38). Men pasienten vet kanskje ikke selv at det er risiko for depresjon etter hjerneslag, eller om disse følelsene er en konsekvens av slaget i seg selv (Finset, 2014, s. 504). En måte sykepleieren kan gi pasienten muligheten til å ta tak i problemet selv og gjøre personen selvstendig og uavhengig, som Henderson mente var

viktig, kan være, som Klinedinst og kolleger skriver, sykepleieren kan motivere pasienten og pårørende til å gi beskjed til helsepersonell.

6 Konklusjon og avslutning

Hensikten med besvarelsen var å finne ut hva sykepleieren kan gjøre for å forebygge depresjon på slagenhet. Hvilke bidrag sykepleieren kan komme med har blitt diskutert i lys av Virginia Hendersons bilde på hva sykepleierens rolle er. I diskusjonen blir det fastslått at sykepleieren har et ansvar for å forebygge ytterligere sykdom, og jeg sier også at det er et grunnleggende behov å ikke være deprimeret.

Ved å trekke sammen trådene fra diskusjonen finner man at sykepleieren kan avdekke risiko for depresjon ved å bruke screeningverktøy, og at det finnes verktøy som er spesifikt utarbeidet til å bruke på slagenhet før utskrivelse. Dersom man sikrer riktig oppfølging og henvisning, og en videre plan for pasienten er det er godt verktøy, men en må være bevisst risikoen for overdiagnostisering. Det slås fast i diskusjonen at vi har et system i Norge som kan håndtere et positivt screening-svar og at videre forebygging kan skje etter utskrivning.

I løpet av arbeidet med dette temaet og problemstillingen, har jeg fått et inntrykk av at noe av det viktigste man gjøre i forebyggingen er å vite om fenomenet, men være forsiktig med å ikke sykeliggjøre pasienter som har normale reaksjoner på tap. Jeg tror at de aller fleste, både helsepersonell og lekfolk, kan si noe om hva som er symptomer på depresjon. Det kan være at man tar depressive symptomer etter slag som en naturlig konsekvens, men det er viktig å huske på at noen får depresjon, men at dette kan forebygges og behandles.

Sykepleieren, som Henderson også poengterer, må ta hensyn til den enkelte pasient, og tenke at ingen livsløp er helt like. Man beskriver følelser ulikt, man reagerer ulikt, og man dekker behovene sine på ulike måter, derfor holder det ikke med tradisjonell kunnskap og med "avkrysningsbokser" i form av screening. Sykepleieren kan også sørge for at pasientene og pårørende får kunnskap om hva den skal være oppmerksom på, og viktigheten av å ta slike problemer opp med helsepersonell. Jeg mener at eksemplene på hvordan man kan forebygge depresjon på slagenhet passer til Hendersons syn på sykepleiefaget.

Jeg har erfart i arbeidet med dette tema, at det finnes mye forskning på området. Mange av dem, og mine utvalgte artikler inkludert, kommer med anbefalinger om hvordan

man kan bruke kunnskapen i praksis. Jeg tenker at man bør bruke mer ressurser til å sikre at riktig kunnskap når frem til sykehusavdelingene og helsevesenet i Norge for øvrig, når det er snakk om et fenomen som har vært kjent blant psykiatere i over 100 år.

Min erfaring med å velge en vid problemstilling, hvor jeg har tatt for meg to omfattende sykdommer, er at jeg tror jeg har lært mer, og er bedre rustet til å møte disse vanlige fenomenene, både hjerneslag, depresjon, og depresjon etter hjerneslag, enn jeg ville vært dersom jeg hadde valgt en mer snever problemstilling.

Litteraturliste

Aarre, T. F. (2014). Depresjon. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s.135-152). Cappelen Damm Akademisk

Braut, G.S & Larsen, Ø. (2018, 21.desember) Forebyggende medisin. *Store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/forebyggende_medisin

Braut, G.S. (2019, 16.august). *Screening*. Store medisinske Leksikon.
<https://sml.snl.no/screening>

Catangui, E. J. & Slark, J. (2012). Nurse-led ward rounds: a valuable contribution to acute stroke care. *British journal of nursing*, 21(13), 801-805. <http://doi.org/10.12968/BJON.2012.21.13.801>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk: Vitenskapelige tidsskrifter. I Dalland, O. (Red.), *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg., s.149-166). Gyldendal akademisk.

Ekeberg, Ø. (2014). Kriser og kriseintervensjon: Depresjon eller sorg? I Dahl, A.A., Aarre, T. F. &

Loge, J. H. (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s.313-332). Cappelen Damm Akademisk

Finset, A. (2014). Skader i hodet og ryggspylen, samt hjerneslag: Depresjon, angst og apati etter hjerneslag. I Dahl, A.A., Aarre, T. F. & Loge, J. H. (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s.504-514). Cappelen Damm Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2016, 03. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no. Hentet 20.03.2021 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2017). *Hjerneslag - slagenheter*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/akuttfasen-undersokelse-og-behandling-ved-hjerneslag/slagenheter#behandling-i-slagenhet-ved-akutt-hjerneslag-forskningsgrunnlag>

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf?download=false>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K. & Kim, H.S. (2011). 'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal of Advanced Nursing* 68(8), 1726–1737. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05855>

Kristoffersen, N. J (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise: Sykepleie med hovedvekt på pasientens grunnleggende behov. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg, bind 3, s.15-80). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F, Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?:

Sykepleiens funksjoner. I Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F, Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3.utg., bind 1, s.15-28). Gyldendal akademisk.

Klinedinst, N. J., Dunbar, S. B. & Clark, P. C. (2012). Stroke Survivor and Informal Caregiver

Perceptions of Poststroke Depressive Symptoms. *Journal Of Neuroscience Nursing*, 44(2), 72–81. <http://doi.org/10.1097/JNN.0b013e3182477944>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 17.03.2021 fra:

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

de Man-Van Ginkel, J. M., Hafsteinsdóttir, T. B., Lindeman, E., Ettema, R.G.A, Grobbee, D. E. &

Schuurmans, M. J. (2013). In-Hospital Risk Prediction for Post-stroke Depression. *Stroke*, 44, 2441-2445. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.000304>

Medeiros, G. C., Roy, D., Kontos, N. & Beach, S. R. (2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. *General Hospital Psychiatry*, 66, 70-80.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.011>

Robinson, R. G. & Jorge, R. E. (2015). Post-Stroke Depression: A Review. *American Journal of Psychiatry*. 173(3), 1-11. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030363>

Van Dijk, M. J., Hafsteinsdóttir, T. B., Schuurmans, M. J. & de Man-van Ginkel, J. M. (2018).

Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), 2882–2893. <http://doi.org/10.1111/jan.13806>

Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. G. (2016). Sykepleie ved hjerneslag. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg, bind 2, s.303-328). Gyldendal akademisk.

Wonca. (2021). *WONCA Special Interest Group: Quaternary Prevention & Overmedicalization*.

Wonca.

<https://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/QuaternaryPrevention.aspx>

Vedlegg 1: Oversikt over søk

Ord i anførselstegn er lik emneord. Ord uten anførselstegn er lik tekstord. Ord med * betyr at det er søkt på ordstamme.

Dato	Database	Nr.	Søkeord	Funn	Antall leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
25.02.2012	Cinahl med fulltekst	1	“depression” OR post stroke depression AND “stroke” AND nurs* AND prevent*	21	5	4	2
		2	post stroke depression AND prevent*	21	6	2	1
25.02.2021	PubMed	3	post stroke depression AND prevent*	36	5	3	0
		4	“depression” OR post stroke depression AND “stroke” AND nurs* AND prevent*	5	1	1	0
25.02.2021	psycinfo	5	“depression” OR post stroke depression AND “stroke” AND nurs* AND prevent*	4	2	2	2
		6	post stroke depression AND prevent*	7	3	2	0