



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **SJUKSKÖTERSORS ERFARENHET OCH UPPLEVELSE AV ATT IDENTIFIERA SYMPTOM OCH TECKEN PÅ POSTSTROKEDEPRESSION**

**Författare: Jenny Liang Mejerbo**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogram inom vård av äldre, 60 hp
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/Ht/2015
Handledare:	Zahra Ebrahimi
Examinator:	Helle Wijk

# Sammanfattning

Titel	Sjuksköterskors erfarenhet och upplevelse av att identifiera symtom och tecken på poststroke depression
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogram inom vård av äldre, 60 hp
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/Ht/2015
Handledare:	Zahra Ebrahimi
Examinator:	Helle Wijk
Nyckelord:	Stroke depression omvårdnad detektion sjuksköterska

---

**Bakgrund:** Poststroke depression (PSD) anses vara den vanligaste neuropsykiatriska konsekvensen av stroke. Depressionen påverkar fysisk återhämtning, livskvalitet och dödlighet. En viktig del av sjuksköterskors ansvarsområde är att identifiera och bedöma symtom och tecken på depression i vården av patienter med stroke. I detta ansvar ingår även att lyssna på patienter och ge rådgivning.

**Syfte:** Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att identifiera symtom och tecken på poststroke depression.

**Metod:** Studien har en kvalitativ ansats, Data är baserad på intervjuer med tio sjuksköterskor på en strokeavdelning på ett sjukhus. Den manifesta innehållsanalysen är gjort enligt Graneheim och Lundman (2004).

**Resultat:** Dataanalysen resulterade i tre huvud kategorier: *Uppmärksamhet på förändrad personlighet och socialt tillbakadragande; Fungerande teamarbete och kommunikation mellan personal och anhöriga* samt *Upplevelse av stress och ansvar att upptäcka poststroke depression*. Sjuksköterskorna i studien ansåg att det var viktigt att vara uppmärksam och observant på symtom och tecken i möte med varje patient. De bekräftade även vikten av samarbete med sina medarbetare samt patienters anhöriga för att få information om patienter. Resultatet visade också att sjuksköterskorna upplevde tidsbristen som ett stort hinder för att tidigt kunna upptäcka poststroke depression.

**Slutsats:** Studieresultat visade på sjuksköterskornas goda kunskaper att upptäcka personer med symtom och tecken på poststroke depression. Det är viktigt att sjuksköterskans kunskaper belysas och används i upptäckten av poststroke depression samt vidare studier för fördjupad kunskap inom poststroke depression är rekommenderad

# Abstract

Title	Nurse's experience to identify symptoms and signs of poststroke depression
Essay/Thesis:	15 p
Program and or cours:	Specialist Nursing Program in the care of the elderly, 60 credits
Level:	Advanced level
Term/year:	Spring/Autumn/2015
Supervisor:	Zahra Ebrahimi
Examiner:	Helle Wijk
Keywords:	Stroke depression nursing detect nurse

---

**Background:** Poststroke depression (PSD) is considered the most common neuropsychiatric consequence of stroke. Depression affects physical recovery, quality of life and mortality. An important part of nurses' responsibility is to identify and assess signs and symptoms of depression in the care of patients with stroke. This responsibility also includes listening to patients and give advice (Ginkel et al., 2010).

**Aim:** The aim of the study is to light up nurses' experiences to identify symptoms and signs of poststroke depression.

**Method:** The study has a qualitative approach, data is based on interviews with ten nurses in a stroke unit of a hospital. The manifest content analysis is done according Graneheim and Lundman (2004).

**Results:** The data analysis showed three main categories: *Attention to changes in personality and social withdrawal; Functional team work and communication between staff and dependents and experience of stress and responsibility to detect post stroke depression.* The nurses in the study felt that it was important to be attentive and observant for symptoms and signs of meeting with each patient. They also confirmed the importance of cooperation with their colleagues and patients relatives to get information about patients. The results also showed that nurses experienced the lack of time as a major barrier to early detection of post stroke depression.

**Conclusion:** Study results showed nurses good knowledges to detect people with symptoms and signs of post-stroke depression. It is important that the nurse's knowledge highlighted and used in the discovery of poststroke depression and further studies in depth knowledge in poststroke depression is recommended.

## Förord

Här vill jag tacka sjuksköterskorna som ställde upp för intervjuerna. Tack för att ni delade era erfarenheter och kunskaper med mig. Ni har bringat mig nya kunskaper om poststroke depressionen. Jag vill tacka min handledare Zahra Ebrahimi. Tack för att du vägledde mig och gav mig kloka kommentarer så att jag kunde skriva klar uppsatsen. Jag vill också tacka mina lärare, mentorer Helle Wijk och Karin Särnwald för all uppmuntran under studiens gång. Till sist men inte minst vill jag tacka min familj. Tack för att ni visade tålamod och förståelse när jag inte kunde delta i familjens gemensamma aktiviteter under sommaren då en stor del av mina semesterdagar satt jag och skrev uppsatsen.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	2
Bakgrund .....	2
Stroke .....	2
Riskfaktorer.....	3
Symptom .....	3
Patofysiologi.....	3
Behandling av stroke.....	4
Sjuksköterskans ansvar vid omvårdnad av patienter med stroke .....	4
Poststroke depression och sjuksköterskans roll vid identifiering av symtom på detta.....	6
Teoretisk utgångspunkt .....	9
Lidande.....	9
Problemformulering .....	10
Syfte.....	10
Metod.....	11
Design.....	11
Urval.....	11
Datainsamling.....	12
Dataanalys .....	12
Etiska överväganden.....	13
Resultat .....	15
Uppmärksamhet på förändrad personlighet och socialt tillbakadragande.....	15
Fungerande teamarbete och kommunikation mellan personal och anhöriga.....	19
Upplevelse av stress och ansvar att upptäcka poststroke depression .....	20
Diskussion.....	21
Metod diskussion.....	21
Resultatdiskussion.....	23
Slutsats.....	25
Klinisk tillämpning .....	26
Referens.....	27
Bilaga 1 .....	31
Frågeguide.....	31
Bilaga 2 .....	32
FORSKNINGSPERSONSINFORMATION .....	32
Bilaga 3 .....	34
FORSKNINGSPERSONSINFORMATION .....	34

# Inledning

Många strokepatienter lider av funktionsnedsättningar, exempelvis oro är vanligt efter stroke (Strokeförbundet, 2015). Poststrokedepression (PSD) anses vara den vanligaste neuropsykiatriska konsekvensen efter stroke. Depressionen påverkar fysisk återhämtning, livskvalitet och dödlighet (Lightbody et al., 2007a; Murray & Mårtensson, 2004; Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdottir, 2010). Depressionen medför också en risk för suicid och ökad sjuklighet, och utgör en stor påfrestning för de närstående. För cirka en tredjedel av patienterna är symtomen kvarstående under första året eller längre efter strokeinsjuknandet (Murray & Mårtensson, 2004). Ändå blir poststrokedepression ofta oupptäckt (Lightbody et al., 2007a; Jönsson, 2012; Pfeil, Gray & Lindsay, 2009). I denna studie undersöks sjuksköterskors erfarenhet och upplevelse av att identifiera symtom och tecken till poststrokedepression. Sjuksköterskor har daglig kontakt med patienterna och de kan genom sin kunskap och kompetens förbättra situationen för patienten med strokedepression genom att vara medveten om fenomenet och därmed aktivt upptäcka tecken på depression hos strokepatienter (Pfeil, Gray & Lindsay, 2009).

## Bakgrund

### Stroke

Definition av stroke enligt WHO är plötsligt fokalt neurologiskt bortfallssymptom, orsakat av cirkulationsstörning som leder till syrebrist, ischemi i hjärnans blodkärl, vilket kan leda till döden eller till att symptomen är kvar mer än 24 timmar och inte kan härledas till annan sjukdom (Jönsson, 2012).

Stroke är ett samlingsnamn för hjärninfarkt och hjärnblödning. Varje år drabbas 15 miljoner människor av stroke i världen (World – stroke.org, 2015; Lightbody et al. 2007a). I Sverige insjuknar varje år runt 30000 svenskar i stroke, cirka 85 % insjuknat med hjärninfarkt och ca 15 % hjärnblödning. Medelåldern ligger på 75 år. Stroke är de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättningar och död i Sverige. Stroke kräver flest vård dagar inom somatiska sjukvården och beräknas kosta samhället drygt 16 miljarder kronor per år (Strokeförbundet, 2015; Jönsson, 2012; Riksstroke, 2013). Antalet av strokepatienter kommer sannolikt att öka i framtiden. På grund av att människor lever längre och vården av stroke blir bättre kommer flera att överleva efter stroke med fysiska och psykiska konsekvenser, skriver Lightbody et al. (2007a).

Det finns olika orsaker till infarkter, 30 procent är orsakat av sjukdomstillstånd i de stora artärerna, s.k. storkärlssjukdom, oftast karotisstenos. Cirka 20 procent är sjukdom i små artärer, och kallas

småkärlssjukdom, eller lakunära infarkter; Cirka 30 procent beror på proppar, embolier som oftast kommer från hjärtat och cirka 20 procent är av okänt ursprung. Orsaker till hjärnblödning är blödningar i hjärnvävnaden, intracerebrala blödningar, som utgör cirka 10 procent av all stroke. Blödningar under mjuka hjärnhinnan, subaraknoidalblödningar, utgör cirka 5 procent; blödningar under hårda hjärnhinnan, subduralblödningar, är oftast traumatiska och räknas inte som stroke (Jönsson, 2012).

## Riskfaktorer

De riskfaktorer som inte går att påverka (Jönsson, 2012; Sander, 2013) är ålder, kön, ärftlighet. Stroke drabbar främst äldre personer. Det är vanligare att män drabbas av stroke än kvinnor. Om föräldrarna har stroke ökar risken att själv drabbas av stroke, beroende på genetiska faktorer, en ökad känslighet för riskfaktorer eller gemensamma livsstilsfaktorer. De riskfaktorer som går att påverka genom en sund livsstil och genom medicinsk behandling är högt blodtryck, rökning, diabetes, förmaksflimmer, högt blodfetter, fysisk inaktivitet, felaktig kost (Jönsson, 2012; Sander, 2013).

## Symptom

De vanliga symptomen på stroke i akutfasen och i efterförloppet är förlamningar, kommunikationssvårigheter, känselbortfall, sväljsvårigheter, synbortfall, yrsel, nedsatt balans, smärta, samt många dolda funktionsnedsättningar som depression, mental trötthet, nedsatt kognition, sömnproblem, ljud- och ljuskänslighet, oföretagsam, minnesproblem, stresskänslighet, ökad känslosamhet och lätt till irritation (Jönsson, 2012). Vilka symptom patienter får beror på vilket kärlområde som drabbas och hur omfattande skadan är samt tidsförloppet (Thomas & Thomas, 2006).

Enligt Hjärt- och lungfonden (2012) drabbas var sjuttonde minut en person av stroke i Sverige. När man misstänker att en person har fått stroke kan man göra ett test som består av fyra moment:

- **Ansikte.** Om personens ena ansiktshalva är slapp, eller ena mungipa hänger är det viktigt att man larmar SOS 112.
- **Kroppsdelen.** Be personen att sträcka båda armar rakt, om den ena armen faller ned inom tio sekunder är risken för stroke tydligt.
- **Uttal.** Be personen upprepa en mening, om personen misslyckas eller sluddrar är risk att personen drabbas av stroke.
- **Tid.** Det handlar om att agera snabbt. Tveka inte att larma 112 (Hjärt- och lungfonden, 2012).

## Patofysiologi

Hjärna är beroende av blodtillförsel. Hjärnans celler kan endast klara sig utan syre några minuter. Vid hjärninfarkt når inte blodcirkulationen det aktuella området. Men det finns en chans att rädda vävnad i

området runt det nedsatta blodcirkulationsområdet om blodcirkulationen där kan förbättras. Om blodcirkulationen förblir nedsatt, dör vävnaderna i området (Jönsson, 2012). Vid hjärnblödning sprider blodet sig i hjärnvävnaden och ökar trycket i hjärnan. I blödningsområdet får hjärnvävnaden inte normal cirkulation och dör på grund av syrebrist och näringsbrist (Jönsson, 2012).

## Behandling av stroke

Det finns vetenskapliga bevis att snabba åtgärder minskar risken att dö av stroke, minskar behov av hjälp efter sjukdomen, och enligt Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av stroke är det betydelsefullt med tidigt ställd diagnos och behandling (Socialstyrelsen 2009).

De flesta strokepatienter har högt blodtryck i den akuta fasen, Det beror troligen på en akut stressreaktion och andra fysiologiska påfrestningar. Blodtrycket brukar sjunka inom några dagar. Högt blodtryck kan vara gynnsamt vid akut hjärninfarkt då blodtillförsel blir bättre i det området som är drabbade (Socialstyrelsen, 2009). För att gynna blodflödet i penumbrea område är det bra att inte sänka blodtrycket kraftigt (Thomas & Thomas, 2006; Socialstyrelsen, 2009). Vid hjärninfarkt rekommenderar Socialstyrelsen (2009) sänkning av blodtryck om blodtrycket är över 220/120 mmHg. Undantaget är patienter för trombolysbehandling där en akut sänkning av blodtrycket kan vara nödvändigt om blodtrycket är över 185/110. Detta för att högt blodtryck i denna situation kan öka risken för ytterligare hjärnblödning.

Det finns en särskild vårdkedja i Sverige som kallas ”Rädda hjärna larm”. Syftet med rädda hjärna larmet är att patienten med strokemisstanke snabbt kan transporteras till sjukhus för undersökning för att läkare ska ta ställning till om patienten kan få trombolysbehandling. Enligt läkemedelsverkets kriterier får ej patienten ha blödningsrisk, behandlingen måste påbörjas inom 4,5 timmar efter symptomens debut och patienter får ej vara äldre än 80 år (Socialstyrelsen, 2009). Behandlingen förbättrar kraftigt prognosen och ökar möjligheten till att bli helt eller nästan helt återställd från de aktuella symptomen på hjärninfarkt: ishemiskt stroke. Men behandlingen medför ökad risk för allvarliga blödningar (Socialstyrelsen, 2009). På en del sjukhus finns därför även möjlighet att behandla strokepatient med trombektomi om trombolys inte ger effekt eller är kontraindicerad. Behandlingen av trombektomi är att via en kateter fånga in blodproppen och suga ut den.

## Sjuksköterskans ansvar vid omvårdnad av patienter med stroke

Enligt Socialstyrelsens (2005) tidigare kompetensbeskrivning (borttagen HT -15) ska sjuksköterskans arbete oavsett verksamhetsområde och vårdform präglas av ett etiskt förhållningssätt och ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt att arbetet ska utföras enligt gällande författningar som lagar, förordningar, föreskrifter och andra riktlinjer. I kompetensbeskrivningen för sjuksköterska står bl.a. att



sjuusköterskan ska ha god kommunikation med patienter och närstående och kommunicera på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt, ge stöd och vägledning för att patienter och närstående så de har möjlighet att vara delaktiga i vård och behandling. Sjuusköterskan ska uppmärksamma patienter som ej själv uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov, sjuusköterskan ska ha förmåga att självständigt utföra eller medverka i undersökningar och behandlingar samt utföra ordinationer (Socialstyrelsen, 2005). Sjuusköterskan som har specialistkompetens inom vård av äldre ska ha ett personcentrerat förhållningssätt och en systematisk problemorienterad bedömning av hela den äldres livssituation och tillstånd och sjuusköterskan ska samverka i teamet med olika professioner runt den äldre personen. Den specialistutbildade sjuusköterskan inom vård av äldre ska också arbeta evidensbaserat och göra faktabaserade beslut, arbeta promotivt och preventivt, vara uppmärksam på och förebygga risker kontinuerligt (Berglund-Fägersten, Hedberg, Johansson, Saaw, Stål-Söderberg & Wijk, 2012).

Sjuusköterskans omvårdnadsansvar är att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande. Sjuusköterskan ansvarar bland annat för att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga. Observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd (Socialstyrelsen, 2005).

Enligt socialstyrelsens rekommendation (2009) bör strokepatienter endast vårdas på strokeenhet då strokeenheten har personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering. Där finns ett multidisciplinära team bestående av medicinsk kompetens (läkare), omvårdnadskompetens (sjuusköterska, undersköterska) och rehabiliteringskompetens (sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och logoped), strokeenheten har även tillgång till dietistkompetens och psykologkompetens. Det finns ett fastställt program på strokeenheten för registrering och åtgärder för att undvika och kunna åtgärda medicinska fall samt andra komplikationer som kan förekomma snabbt. På strokeenheten startas omedelbart mobilisering och tidig rehabilitering, ge information och utbildning till patienten och närstående under vårdtiden (Socialstyrelsen, 2009).

Under vården på strokeenheten är det viktigt att sjuusköterskan är lugn och förklarar vad som kommer att hända så att patienten och närstående inte ska uppleva stress. Närståendes tidiga delaktighet ökar deras kunskap om stroke och får styrka att klara situationen under den första tiden och även i framtiden (Jönsson, 2012). Undervisning för närstående ökar deras förmåga att hantera problem och ökar deras fysisk och psykisk hälsa (Yeung, Lui, Ross & Murrells, 2007).

Det är viktigt med noggrann övervakning de första dygnet. På varje strokeenhet finns ett program för övervakning som kontrollerar följande parametrar:

- Neurologstatus och medvetandegrad
- Orientering till tid, rum och person
- Andningsfrekvens
- Blodtryck, puls, EKG
- Blodprover enligt fastställd lista, bl.a. Blodfetter, blodstatus, SR, CRP, urinprov
- Regelbunden kontroll av blodsocker de första dygnet
- Temperaturmätning
- Saturationsmätning, syrgasbehandling vid behov
- Bedömning av rörelseförmåga, kommunikationsförmåga, sväljförmåga samt fallrisk
- Mätning av vätske- och näringsintag samt elimination (Jönsson, 2012, s. 61).

Efter insjuknandet ska sjuksköterska testa sväljningsförmåga för att förebygga aspiration på grund av felsväljning, följer patientens nutritionsintag, munvård, elimination, och sömn under vårdtiden (Jönsson, 2012). Det är viktigt att patienten börjar träna så tidigt som möjligt eftersom det är då som åtgärderna har störst effekt (Socialstyrelsen, 2009). Tidig mobilisering efter patientens tillstånd är viktigt för en snabbare återhämtning, främja hjärnplasticiteten, ökar blodcirkulation och förebygga komplikationer. Sjukgymnast och arbetsterapeut gör en bedömning av patientens rörelseförmåga. Tillsammans med patienten och vårdpersonal i stroketeamet sätts ett mål och hur mobilisering ska genomföras. Det är också viktigt att tidigt undervisa närstående så att de har kunskap om hur olika aktiviteter kan genomföras (Jönsson, 2012).

Ett strokeinsjuknande kommer oftast plötsligt och oväntat. Den drabbade patienten och närståendes liv förändras totalt på bara några sekunder. Det akuta insjuknandet innebär ofta en chock för anhöriga. Oro för den drabbade gör det svårt att ta till sig det som hänt. Det är viktigt att sjuksköterskan känner till att under den akuta fasen är mycket svårt för närstående att ta till sig information. Närstående behöver bemötas med respekt och med hänsyn till den egna situationen samt information behöver upprepas ofta och den ska vara anpassad till vad den närstående klarar av under den akuta fasen (Jönsson, 2012).

## Poststrokedepression och sjuksköterskans roll vid identifiering av symtom på detta

Enligt Murray och Mårtensson (2004) upplever de flesta strokepatienter depression och oro. Depression är mycket vanligt efter stroke, ca 30 % av strokepatienter drabbas av poststrokedepression (Pfeil, Gray & Lindsay, 2009). Poststrokedepression kan debutera samtidigt med de neurologiska bortfallssymtomen, den kan också utveckla i senare. Den största risken att utveckla en depression är de första månaderna efter stroke (Murray & Mårtensson, 2004). Det är ofta det påtagliga motoriska besvär och språksvårigheter som kommer i fokus, dolda funktionshinder kan ofta bli förbisedda. Efter

en tid när patienten, närstående och vänner börjar förvänta sig att livet ska fungera som förut, då kan det bli tydligt (Jönsson, 2012). Studien gjort av Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, Biong och Kim (2011a) har visat att poststroke depression påverka patienters liv långt efter insjuknandet. Många upplever fortfarande trötthet, utmattning, sömnlighet och upplevelsen av instabil efter några månader eller år. Kouwenhoven et al. (2011a) skriver vidare att mätning av depressiva symtom i den akuta fasen kan förbättra vård av poststroke depression. Som tidigare nämnt anses poststroke depression vara den vanligaste neuropsykiatriska konsekvens efter stroke och depressionen påverkar patientens fysiska återhämtning, livskvalitet, ökar dödlighet och ökar påfrestning för närstående (Lightbody et al., 2007a; Murray & Mårtensson, 2004; Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdottir, 2010). Det är också vanligt att närstående drabbas av depression. Depressionen hos den närstående kan leda till att han/hon inte orkar stödja den strokedrabbade patienten i rehabilitering och i det dagliga livet (Jönsson, 2012). Närstående tar ofta delvis eller fullt ansvar för den strokedrabbade patienten i hemmet därför kan närstående bli deprimerad (Fens et al. 2014).

Det kan vara svårt för sjuksköterskan att särskilja mental trötthet och depression i det dagliga omvårdnadsarbetet. Vid mental trötthet finns en tydlig uttrötthet över tid som är relaterad till koncentration och uppmärksamhet och det finns ofta en önskan hos patienten att göra mer saker än vad det finns ork till (Jönsson, 2012). Vid depression finns en nedstämdhet och minskat intresse för omgivningen samt oförmåga att kunna glädjas åt saker som händer (Jönsson, 2012, Sagen et al. 2010). Depression kan behandlas med medicinering eller psykologisk behandling. Det är viktigt att sjuksköterskan gör en noggrann bedömning, identifierar och urskiljer olika symtom och erbjuder stöd och behandling (Jönsson, 2012). Murray och Mårtensson (2004, s. 2110) beskriver den förenklade versionen av DSM-IV-kriterier för depression som följande symptom:

1. Nedstämdhet
2. Förlust av intresse för det som vanligen intresserar eller med för glädje
3. Viktminskning eller viktökning, eller uttalad aptitförändring
4. Sömnsvårigheter eller ökad sömn
5. Agitation eller retardation
6. Trötthet, energiförlust  
Känsla av värdelöshet och skuld
7. Svårigheter i beslutfattande och/eller koncentration
8. Återkommande tankar på döden eller självmordstankar.

Enligt Murray och Mårtensson (2004) kräver en diagnos på egentlig (major) depression att ett av de två kardinalsymtomen (1 och 2) föreligger samt ytterligare symtom till ett sammanlagt minimum av fem symtom. För en lindrigare (minor) depression krävs att åtminstone ett av kardinalsymtomen

föreligger samt minst ytterligare ett, till sammanlagt högst fyra symtom. Förekomst bedöms med ja eller nej.

Studien av Sagen et al. (2010) visar att om poststroke depression bedöms inom de första två veckorna efter insjuknandet av stroke är chansen hög att upptäcka patienter med högrisk att utveckla depression. Enligt Barker-Collo (2007) är det klart att tidig upptäckt och behandling av poststroke depression är viktigt för fysisk återhämtning. Barker-Collo (2007) menar att eftersom depression och ångest förekommer oftare i ett tidigt skede efter stroke, och rehabiliteringen börjar redan i den akuta perioden efter strokeinsjuknandet, kan känslomässiga problem påverka patienters effekt av fysisk återhämtning. Depression och ångest är behandlingsbara tillstånd, därför är det viktigt att insatserna på ett tidigt stadium upptäcks och att behandling ges som kan bidra till en optimal rehabilitering för dessa patienter. Sjuksköterskan har en viktig roll i att upptäcka, förebygga och medverka vid förebyggande och behandling av poststroke depression (Lightbody et al., 2007a).

Chau et al. (2010) betonar vikten av att sjuksköterskor inom strokevård är uppmärksamma och har kunskap om att strokepatienter har risk att drabbas av poststroke depression. Det behövs en rutinmässig bedömning av poststroke depression för patienter med stroke, för att upptäcka och behandla poststroke depressionen så att patienters psykiska och sociala välbefinnande förbättras.

Lightbody et al. (2007b) studien visar att det är vanligt att sjuksköterskan inte är observant på patienters tecken till depression, orsaker kan vara att sjuksköterskan inte har tid att gå in i djupa känslomässiga samtal på grund av stress och tidsbrist på arbete. Sjuksköterskan behöver utbildning och förutsättningar för att identifiera tecken på nedstämdhet och depression, sjuksköterskan behöver också samarbeta med sina medarbetare och patienters närstående för att kunna tidigt upptäcka patienters tecken till poststroke depression. Det behövs dessutom skattningsverktyg som hjälpmedel för att kunna bedöma depression. Även sådana tecken som inte uppfyller kriterier som depression ska också uppmärksammas och följas upp då det annars kan öka risken för sjuklighet och dödlighet i framtiden (Lightbody et al. 2007b). Enligt Ginkel et al. (2010) upplever sjuksköterskor att bedömning av psykisk status är svårt på grund av bristande kunskaper, färdigheter och utbildning och att de sällan använder mättningsinstrument. Samtidigt visar forskning att sjuksköterskor upplever det som en viktig del av omvårdnaden att lyssna på patienten och ge rådgivning (Ginkel et al., 2010).

Resultat från en studie visade att en sjuksköterske-ledd rondförbättrade den kliniska kommunikationen mellan sjuksköterskor och även ökade patientens medverkan i sin vårdplanering. De sjuksköterskeledda ronderna har bidragit till bättre patientvård och en ökad säkerhet att tidigt upptäcka och förebygga komplikationer av stroke (Catanguí & Slark, 2012).

Depressiva symtom har en allvarlig inverkan på patienters liv, därför sjuksköterskan bör ha kunskaper om detta och vara lyhörda för strokepatienters upplevelser av ett förändrat liv efter stroke (Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal & Kim, 2011b). Det finns ett behov av fortsatt forskning om hur sjuksköterskan kan bidra till och stödja strokepatienter i behandlingen av depressiva symtom i det akuta skedet efter stroke (Kouwenhoven, et al., 2011b). Studien av Schofield, Stark, Lowndes och Tolson (2004) visar att sjuksköterskan är väl lämpad att upptäcka och förebygga depression hos äldre personer, särskilt när den äldre personens liv förändras. Ändå gör dem flesta sjuksköterskor inte rutinmässigt bedömning av äldres psykiska tillstånd, på grund av att sjuksköterskor upplever stress och inte har tillräckligt med tid för att göra en bedömning (Piven, 2003).

## **Teoretisk utgångspunkt**

### **Lidande**

Enligt Eriksson (1994) är lidande en del av livet, en del av människans naturliga utveckling. Varje människa står någon gång inför ett lidande och varje människa uttrycker sitt lidande på olika sätt, ofta saknar vi ett språk för att uttrycka det vi verkligen upplever. Eriksson (1994) beskriver tre olika former av lidande: Sjukdomslidande, vårdlidande och Livslidande.

Sjukdomslidande orsakas av sjukdom, ohälsa. Eriksson (1994) beskriver sjukdomslidande inom två kategorier. Den kroppsliga smärtan förorsakad av sjukdom och behandling. Smärtan är sällan enbart kroppslig utan det är hela människan som helhet. Det starka kroppsliga lidandet tar upp en stor del av människans uppmärksamhet. Men patienten kan också lida av psykisk ohälsa på grund av sin sjukdom. Det själsliga och andliga lidandet förorsakas av upplevelser av förnedring, skam och skuld som människan erfar i relation till sin sjukdom och behandling, enligt Eriksson (1994).

Vårdlidande uppkommer i relationen mellan patient och vårdpersonal i form av patientens känsla av ovärdig, kränkning, fördömelse och straff, utebliven vård och maktutövning av vårdpersonalen. Eriksson (1994) poängterar att Nightingale redan under 1850-talet påpekade att lidande inte var ett symtom på sjukdom utan det var ett svar på otillräcklig vård. Kränkning av patientens värdighet innebär att frånta patientens möjlighet att vara människa, det påverkar patienten att använda sin innersta hälsoresurser. Kränkning kan ske genom t.ex. nonchalans vid tilltal eller slarv att skydda patienten vid personliga vårdåtgärder och bristande etisk förhållningssätt. Känslor av fördömelse och straff kan upplevas av patienten om vårdaren nonchalera patienten, eller om vårdaren bedömer vad som är rätt eller fel för patienten utan att inbjuda patienten till delaktighet i beslut. . Maktutövning framkommer i många olika situationer och i varierande grad. Maktutövning innebär att i vården tvinga patienter att utföra handlingar som de inte skulle välja av egen vilja. Utebliven vård kan bero på

bristande förmåga att se och bedöma vad patienten behöver. Utebliven vård innebär alltid en kränkning av människans värdighet och är även ett sätt att utöva makt över en maktlös. Det finns olika former av utebliven vård som t.ex. små mindre förseelser, slarv, eller medveten vanvård (Eriksson, 1994).

Livslidande innebär individens upplevelser av att den egna existensen hotas, att individen inte kan leva ett fungerande liv som tidigare. Sjukdom, ohälsa och själva situationen att vara patient och i beroendeställning berör hela människans livssituation. Livslidande kan innebära allt från ett hot mot den totala existensen till en förlust av möjligheten att fullfölja olika sociala uppdrag (Eriksson, 1994).

Patienter som har drabbats av poststrokestrokedepression kan lida både av sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande om deras depression efter sin stroke förblir oupptäckt. Det är sjuksköterskans omvårdnadsansvar att lindra lidande (Socialstyrelsen, 2005). Patientens lidande kan lindras, genom att sjuksköterskan i mötet med patienten inte kränker patientens rättigheter, inte fördömer och missbrukar makt utan istället bemöter patienten med värdighet, lyhörighet och omtanke. Sjuksköterskan skall vara noggrann, och uppmärksam på de små detaljer som är så viktiga för den som är beroende av vård (Eriksson, 1994). Sjuksköterskan kan medverka till en förbättring för patienter med poststrokedepression genom att vara medveten om fenomenet, och aktivt uppmärksamma tecken på depression hos strokepatienter (Pfeil, Gray & Lindsay, 2009). Sjuksköterskan har omvårdnadsansvar för patienten, och har en viktig roll i att upptäcka, förebygga och medverka vid tecken på illabefinnande som vid poststrokedepression (Lightbody et al., 2007a).

## **Problemformulering**

Många strokepatienter drabbas av poststrokedepression. Flera studier har visat att poststrokedepression ofta förblir oupptäckt eller förbises. En obehandlad poststrokedepression kan leda till ökad sjuklighet, dödlighet, minskad livskvalité och ökad påfrestning och lidande för patienter och närstående. Sjuksköterskans omvårdnadsansvar omfattar att upptäcka, stödja och behandla patienter som har drabbats av poststrokedepression för att minska lidandet för dessa patienter. Det kräver både kunskap, kompetens och organisatoriska förutsättningar till stöd för sjuksköterskan i att genomföra detta på ett professionellt sätt. Föreliggande studie avser att studera sjuksköterskors erfarenheter och upplevelse av att identifiera symtom och tecken på poststrokedepression.

## **Syfte**

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att identifiera symtom och tecken på poststrokedepression.

# Metod

## Design

Föreliggande studien har en kvalitativ ansats och design från datainsamling till analys av data. Metoden är ett lämpligt val för att få svar på forskningsfrågan då den kvalitativa forskningen baseras på data i form av deltagares egna levda erfarenheter och utsagor (Olsson & Sörensen, 2001; Graneheim & Lundman, 2004). Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med poststroke depression, genom att lyssna på deras berättelser. En kvalitativ studie antar ett förhållningssätt präglat av närhet till det undersökta fenomenet, ett så kallat inifrånperspektiv. Datainsamlingen kännetecknas av närhet och en öppen interaktion mellan forskare och deltagare (Olsson & Sörensen, 2001). Deltagarna i studien är sjuksköterskor inom akutstrokevård av patienter med stroke. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är forskarens kompetens, kunskaper, färdigheter och känslighet avgörande för den vetenskapliga kvalitén. Forskaren har fördjupat sig inom den valda metoden för studien ämne och en frågeguide (se bilaga 1) har utvecklats inför intervjuerna i samarbete med handledare. Frågeguiden avser att säkerställa att intervjun inte bli för allmän, utan att den fokuserar och relaterar till problemformulering och studiens syfte och att den samtidigt hålls öppen, tydlig utan att omfatta för stort frågebatteri. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är en frågeguide ett manus som mer eller mindre strängt strukturerar intervjuens förlopp, till skillnad från helt öppna frågor.

## Urval

En strokerehabiliteringsenhet har valts på ett sjukhus i Västra Götalandsregion. På avdelningen arbetar 20 sjuksköterskor. Forskaren kontaktade via telefon verksamhetschef och fick muntligt godkännande att genomföra studien. Sedan skickade forskaren projektplanen till verksamhetens chef samt ett informationsbrev för skriftligt godkännande. Därefter skickades Informationsbrevet ut till samtliga tjugo sjuksköterskor på avdelningen för förfrågan om deltagande i studien. Sammanlagt svarade tio sjuksköterskor att de ville medverka i studien. De sjuksköterskor som var intresserade av att medverka i studien och gav ett informerat skriftligt samtycke kontaktades av forskaren och tid och plats bestämdes för intervjun. De tio sjuksköterskorna har olika yrkeserfarenhet av strokevård mellan ett år och åtta år. Två av de tre sjuksköterskorna arbetar både på avdelningen och på strokemottagningen, en sjuksköterska arbetar både på avdelningen och på hemrehabiliteringen. Av de tio sjuksköterskorna var endast en manlig sjuksköterska. Ingen av sjuksköterskorna har specialistsjuksköterskeutbildning inom äldre vård.

## Datainsamling

Intervjuerna genomfördes enligt semistrukturerad kvalitativa intervjuer, med stöd av frågeguiden och fokuserades på teman inom problemområdet med öppna frågor (Kvale & Brinkmann, 2009). Ett samtal är ett sätt för forskaren att få tillgång till beskrivningar, berättelser, och texter som ska tolkas och rapporteras avseende frågeställningarna för studien. (Kvale & Brinkmann, 2009). Syftet med den kvalitativa forskningsintervjun är att utforska fenomen från den levda vardagsvärlden ur deltagares eget perspektiv. Forskaren lyssnade och ställde följdfrågor när det behövdes och anammade ett öppet, observant, lyssnade angreppssätt till det som deltagarna berättade under alla intervjuerna.

Intervjuperioden pågick i två veckor. Sjuksköterskorna valde själva tid och plats där intervjun ägde rum. Två intervjuer blev störda av att personal kom in för ett ärende, de övriga intervjuerna kunde genomföras utan störningsmoment. Intervjuernas längd varierade mellan 20 minuter till 35 minuter. Frågeguiden var till stort hjälp under intervjuerna, kompletterat med följdfrågor som t.ex. ”Kan du berätta mer?” och ”Hur tänker du då?”. Samtliga intervjuer spelades in på band för att informationer inte skulle förloras.

## Dataanalys

De inspelade intervjuerna analyssnades igenom flera gånger och transkriberades ordagrant, texterna lästes upprepade gånger för att få en helhet av det manifesta innehållet (Graneheim & Lundman, 2004). Meningar eller fraser som innehöll relevant innehåll i förhållande till studiens syfte plockades ut, dessa meningar kallades meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenserades, vilket innebär att meningarna kondenserades men kärnan av innehållet bevarades. De kondenserade texterna kodades och sorterades sedan i sub-kategorier och kategorier enligt Graneheim och Lundman (2004). Se tabell 1. Enligt Graneheim och Lundman (2004) avser en kategori främst en beskrivande nivå av innehåll och kan ses som ett uttryck för det manifesta innehållet i texten. En kategori innehåller ofta ett antal sub-kategorier. Analysen av data i denna studie fokuserades endast på det manifesta innehållet, behandlade innehållets aspekter och beskrev det synliga, de uppenbara komponenterna enligt Graneheim och Lundman (2004). Tabellen nedan är ett exempel ur analysen.

Tabell 1: Exempel ur analysen

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Sub-kategori	Kategori
Ganska ofta är att man märker de irriterade, de ligger mest och sover, vill inte komma upp, har dåligt humör, är ganska	Det är vanligt att man bli trött, har dåligt humör, vill mest sova efter en stroke.	Irritation, orkeslöshet.	



vanligt.			
Det kan vara så att de är lite initiativlösa, de vill inte göra någonting, de vill inte träna som de har gjort tidigare, kanske drar sig undan. De kanske har suttit och ätit med andra men vill inte det längre.	Drar sig undan, vill inte umgås med andra.	Initiativlös, tillbakadragen från Det sociala sammanhanget	
I början är en krisreaktion, men om det hänger i för länge, då är det frågan om det har gått över till depression som ska behandlas. En krisreaktion måste man få ha, man måste få sörja liksom. Men de ska inte hålla på hur länge som helst, det ska inte blir ett funktions hinder liksom. Då kan det gå till en depression.	En krisreaktion kan gå över till depression, samtidigt behöver man sörja	Tid för krisbearbetning	Uppmärksamhet på förändrad personlighet och socialt tillbakadragande

## Etiska överväganden

Etiska krav och övervägande har genomsyrat hela studien från design, till genomförande och rapportering. Enligt Vetenskapsrådet (2002) omfattar ett etiskt förhållningssätt fyra huvudkrav: informationskravet; samtyckeskravet; konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Det är viktigt att klargöra från början för personen som är deltagande i intervjun att detta är helt frivilligt, och att deltagare har full möjlighet att inte svara på frågor, kan avsluta deltagande när som helst utan att detta inverkar på vården (Atkinson, 1998). Det är även angeläget att deltagare får ge sitt samtycke, deltagare har tillräcklig information om aktuell forskning, förstår studieinformationen och att deltagandet är frivilligt Polit et al. (2012).

Informationskravet innebär att forskaren informerar uppgiftslämnare och deltagare om deras uppgift i studien och vilka villkor som gäller för deras deltagande. Deltagare informeras om att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan. Författaren tog kontakt med strokeavdelningens chef för muntlig och skriftligt godkännande av studien. Därefter skickades ett informationsbrev till sjuksköterskor för förfrågan om deltagande i studien.

Samtyckeskravet innebär att ett samtycke skrivs under av deltagare som vill medverka i studien. Deltagare kan när som helst avbryta sin medverkan utan att behöva förklara anledning. Deltagarna får

inte utsättas för otillbörlig påtryckning eller påverkan i sitt beslut att delta eller att avbryta sin medverkan. Samtliga deltagare i denna studie hade givit sitt skriftliga frivilliga tillstånd till att medverka i studien.

Konfidentialitetskravet innebär att forskaren antecknar, lagrar och avrapporterar alla uppgifter om identifierbara personer på ett sådant sätt att enskilda personer inte kan identifieras och inte är tillgängliga för någon annan än forskaren själv. Forskaren har tystnadsplikt. Insamlat material förvarades på ett säkert sätt så att ingen annan än behöriga för studiens genomförande hade tillgång till det.

Nyttjandekravet innebär att uppgifter om enskilda, insamlat material inte får användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften. Allt insamlat material från deltagarna i denna studie användes endast till examensuppgiften samt till en sammanfattning av studien som presenterades för intresserad personal på avdelningen. Insamlade data får användas för beslut eller åtgärder som direkt kan påverka deltagarna.

Forskaren har det etiska ansvaret för att insamling och lagring av insamlade data sker på ett betryggande sätt. All insamlad försvarades inlåst i brandsäkert skåp som endast behöriga forskare hade tillgång till enligt Arkivlagen (1009:782) och Arkivförordningen (1991:446) så som det står i Vetenskapsrådet (2002).

En forskningsintervju är ett utbyte av synpunkter där kunskapen konstrueras i interaktion mellan två människor (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskare och deltagare agerar i förhållande till varandra och påverkar varandra ömsesidigt. Interaktioner kan väcka oro och framkalla försvarsreaktioner hos både parter. Under intervjuerna med sjuksköterskorna i denna studie uppstod inga negativa interaktioner. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) kan etiska problem uppstå i intervjun på grund av den asymmetriska maktrelationen mellan forskare och deltagare. Forskaren var medveten om att vissa deltagare kunde reagera på forskarens dominans och undanhålla information eller tala runt ämnet, ifrågasätta forskaren och även protestera mot forskarens frågor och tolkningar, eller dra sig ur intervjun. Forskaren styrde samtalsämnet inom de fastställda teman som var relevanta för studiens syfte, och strävade efter att stämningen mellan forskaren och deltagarna skulle upplevas som positiv. Alla deltagarna pratade fritt om sina erfarenheter inom ämnet poststroke depression utan negativa känsla.

Forskaren till denna studie har arbetat många år inom strokevård som sjuksköterska på ett annat sjukhus, med erfarenheter av poststroke depression. Forskaren har därför varit väl medveten om sin förförståelse och att inte låta den inverka på intervjun utan att hålla sig neutral i intervjusituationen

(Nyberg, 2000). Samtliga deltagarna i studien är okända för forskaren och har inga personliga relationer till forskaren.

## Resultat

Analysen av data resulterade i tre kategorier med respektive sub-kategorier, se tabell 2 nedan. Sjuksköterskornas erfarenheter av att upptäcka symtom och tecken till poststroke depression karakteriserades av: Uppmärksamhet på förändrad personlighet och socialt tillbakadragande; Fungerande teamarbete och kommunikation mellan personal och anhöriga samt Upplevelse av stress och ansvar att upptäcka poststroke depression.

Tabell 2: Resultatet av analysen.

Kategori	Uppmärksamhet på förändrad personlighet och socialt tillbakadragande	Fungerande teamarbete och kommunikation mellan personal och anhöriga	Upplevelse av stress och ansvar att upptäcka poststroke depression
Sub-kategori	Irritation och orkeslöshet Kroppsspråk Initiativlös och tillbakadragande från sociala sammanhanget Tid för krisbearbetning Tappade hopp och livsglädje Kliniska bild utan mättnings instrument	Information från paramedicinare Information från anhörig	Sjuksköterskan hade en stor roll och ett stort ansvar Sjuksköterskans känsla av otillräcklighet

### Uppmärksamhet på förändrad personlighet och socialt tillbakadragande

Sjuksköterskorna var väldigt lyhörda och uppmärksamma vid dagliga möte med sina patienter under vårdtiden. De noterade även små tecken som de märker, de lyfte fram det till den ansvariga läkaren, diskuterade det i teamet på rondan två gånger i veckan, erbjöd patienter samtal, tog kontakt med kurator. Att finnas det för sina patienter var viktigt, tyckte sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna i studien uppgav noggranna tecken och symtom till poststroke depression enligt deras erfarenheter. Samtliga sjuksköterskor svarade att det inte används mättnings instrument på avdelningen. Endast på avdelningens mottagning och hemrehabilitering, där sjuksköterskor använde mättnings instrument HADS för att mäta patienters psykiska hälsa vid återbesök en månad efter patient hade skrivits ut.

Kategorin Uppmärksamhet på förändrad personlighet och socialt tillbakadragande innehöll sex subkategorier: Irritation och orkeslöshet; Kroppsspråk; Initiativlös och tillbakadragande från sociala sammanhanget; Tid för krisbearbetning; Tappade hopp och livsglädje samt Kliniska bild utan mättnings instrument

### Irritation och orkeslöshet

Sjuksköterskorna var medvetna om att efter en stroke var det vanligt att man bli trött, lätt att bli irriterad, hade dåligt humör, ville mest sova, tog inte initiativ vid daglig sysselsättning och träning. Patienter kunde ha en förändrad personlighet som anhöriga inte kände igen.

*”De säger att ”nej jag behöver inte äta så mycket, jag rör ändå inte på mig, nej, jag behöver inte, det är inte så noga med mig”, såna små hintar som man kan tolka som är det den personen brukar säga eller personen håller på att bli deprimerad eller är nedstämd”?*

Patienter satt ofta ensam, hade ingen vilja. Det visade oftast vid aktiviteter då patienter avböj, ville inte delta.

*”Att man inte vill, äter dåligt, man vill inte träna. Det är oftast vid matsituation och vid träning”*, berättar en sjuksköterska.

### Kroppsspråk

Sjuksköterskorna noterade även hur patienter rörde sig, hur patienter betedde sig vid dagliga möte. Kroppsspråk kunde också tala om tecken till poststrokedepression.

*”Man kan även upptäcka hur patienten rör sig, de sträcker inte på sig, de är nedsjunkna....ja, det är kroppsspråket, suckar, ler inte, då kan man fråga anhöriga hur patienten har varit innan, har patienten alltid varit så, då är det inte tecken eller symtom”.*

### Initiativlös och tillbakadragande från sociala sammanhanget

Sjuksköterskorna var också uppmärksamma på patienters sociala kontakter. Patienter som hade varit sociala innan men började dra sig undan, ville inte träffa andra, ville bara vara för sig själv kunde vara tecken till poststrokedepression.

*”Det kan vara så att de är lite initiativlösa, de vill inte göra någonting, de vill inte träna som de har gjort tidigare, kanske drar sig undan. De kanske har suttit och ätit med andra men vill inte det längre”.*

### Tid för krisbearbetning

Sjuksköterskorna berättade att det ta tid att bearbeta en kris, det ta tid för patienten att ta in informationen att patienten hade drabbat av en stroke.

*”I början är en krisreaktion, men om det hänger i för länge, då är det frågan om det har gått över till depression som ska behandlas. En krisreaktion måste man få ha, man måste få sörja liksom. Men de ska inte hålla på hur länge som helst, det ska inte bli ett funktions hinder liksom. Då kan det gå över till en depression”.*

*”Det tar tid för de att förstå att de har insjuknat i stroke. Det tar lite tid för patienten att förstå, och det kan ta dagar, veckor innan den informationen har smält, och då blir det att de är mer inåtvända, pratar inte så mycket, ligger mycket för sig själva och tänker”.*

### Tappade hopp och livsglädje:

Flera sjuksköterskor berättade att många patienter var ganska positiva och hade vilja att träna i början av insjuknandet. Men efter ett tag när patienter märkte inget framsteg var det lätt att de tappa hopp. De gav upp efter ett tag om träning inte hade gett framsteg.

*”Jag upplever att tecken inte kommer i första dagar, utan det kommer efter när de börjar inse att de kommer att få ett handikapp, det är ofta då de blir deprimerade. I början är de ganska positiva, de vill gärna träna, sen när de får bakslag, upptäcker att nej, jag kommer inte kunna gå, det är då depressionen kommer”.*

Patienter som inte såg hopp i framtiden tappade livsglädje, berättade en sjuksköterska. Både patienter och anhöriga led av den förändrade situationen efter stroke.

*”De vill inte gå upp på morgonen, de vill inte, de vill bara ligga och sova, de är jätte trötta, gråter lätt, det är väldigt vanligt efter de har fått en stroke, de gråter. Man tappar livsglädje, man vill inte vara med längre helt enkelt”.*

*”de vill inte komma till rehabiliteringen, anhöriga kan bli väldigt ledsna, de är oroliga, det finns också patienter som funderar på att avsluta sitt liv. Oftast är det på mottagning kan de uttrycka det, för de har varit hemma en månad”.*

#### Kliniska bild utan mättnings instrument

Sjuksköterskorna i studien svarade eniga om att det inte användes mättningsinstrument på avdelningen. Det var den kliniska bilden de gick efter. Några sjuksköterskor trodde att om mättningsinstrument användes också på avdelningen kunde kanske ännu fler tecken och symtom upptäcktes tidigare. Mättnings instrument HADS användes endast på avdelningens stromottagning och hemrehabilitering när patienter träffade sjuksköterskor en månad efter utskrivning från sjukhuset.

*”Instrument. Nej, inte här på avdelningen. Jag tycker vi är väldigt bra på att uppmärksamma på, diskuterar det med läkare hur patienten egentligen mår. Om man hade ett instrument då hade man kanske upptäckt ännu fler tidigare”.*

*”Det är HADS som vi använder, man får olika poäng, det graderar om de mår dålig. Det använder vi på mottagningen, efter patienter har skrivs ut härifrån och även på hembesök. Vi använder inte den på avdelningen. Det är senare som man använder”.*

## Fungerande teamarbete och kommunikation mellan personal och anhöriga

Alla sjuksköterskor i studien tyckte att vid strokevården var teamarbete väldigt viktigt, och även information från anhöriga. Sjuksköterskorna tog all symtom och tecken på allvar, de noterade det och samtalande det vidare i teamet och med patienters anhöriga.

Kategorin Fungerande teamarbete och kommunikation mellan personal och anhöriga innehöll två subkategorier: Information från paramedicinare och Information från anhörig.

### Information från paramedicinare

Alla sjuksköterskor tyckte att teamarbete fungerade bra, de hade bra kommunikation med varandra. Alla yrkeskategorier var uppmärksamma på patienters psykiskhälsa på allvar och de diskuterade det i teamet så fort de märkte något symtom och tecken.

*”Det är jätte viktigt som sagt att ta hjälp av sina medarbetare, vi träffas ju varje dag, pratar varje dag och alltid är det nån som har sett nåt och hört nåt, och så pratar vi vidare”.*

*”Vi har ett jätte bra teamarbete, att alla har sin kompetens, man hjälps åt. Sen har vi kuratorer, sjukhuskyrka som man kan ta hjälp av, så det är jätte bra”.*

### Information från anhörig

Sjuksköterskor hade bra kontakt med patienters anhöriga och sjuksköterskor tog ofta information om patienter från anhöriga för att ha en bra bild om hur patienter var innan och hur anhöriga upplevde patienter nu. Märkte sjuksköterska eller anhöriga något tecken som inte stämde med patienter, då samtalande sjuksköterskan med anhöriga, om det behövdes lyfta fram till läkare.

*”Den patienten mår inte så bra, han verkar nedstämd, och då tar man upp samtalet. Hur var det innan, hur var det nu, kan det vara så att det går över sig själv, eller det behövs medicin”.*

*”Anhöriga är super viktiga, de är det viktigaste verktyg för oss egentligen för att de känner patienter bättre än oss innan stroke. De är jätte viktiga, de pratar vi alltid med”.*

## Upplevelse av stress och ansvar att upptäcka poststrokedepression

Alla sjuksköterskorna i studien kände sitt stora ansvar och önskade ha mer tid för sina patienter. Sjuksköterskorna kände sig stressade på grund av tidsbrist, många kände sig otillräcklig för att inte hade tid att sitta ned och prata mer med sina patienter.

Kategorin Upplevelse av stress och ansvar att upptäcka poststrokedepression innehöll två sub-kategorier: Sjuksköterskan hade en stor roll och ett stort ansvar; Sjuksköterskans känsla av otillräcklighet.

### Sjuksköterskan hade en stor roll och ett stort ansvar:

Alla sjuksköterskorna svarade eniga om att rollen som sjuksköterska var mycket stor. Det var sjuksköterskan som ansvarade omvårdnaden, medicingivning, minskade patienters lidande, hade god relation med sina patienter och anhöriga, tog kontakt med andra berörda yrkeskategorier, kontaktade ansvarig läkare. Det var sjuksköterskan som hade det stora ansvaret och det var sjuksköterskan som ledde i teamet.

*”Sjuksköterskan har en jätte stor roll för att det är vi som träffar patienterna hela tiden, varje dag.... Ja, det är jätte viktigt att vi ser det, att man har god kommunikation med patienter, och de andra i teamet också”.*

### Sjuksköterskans känsla av otillräcklighet

Sjuksköterskorna kände att de ibland inte hade den tiden som de önskade till patienter. Det tog tid att sitta ned och pratade med patienter för att kunna skapa en god relation och förtroende från patienter så att patienter vågade öppna sig för sin sjuksköterska och ville berätta om sina djupa känslor för henne.



*”Man får har tid och lyssna på patienten, vad de säga för någonting egentligen, man får fråga: hur mår du idag? Har tid att fråga den frågan, tar tid att fråga, då upptäcker man det”.*

Det tog tid att gå in i djupare och känslösamma samtal med patienter. Hade sjuksköterskor inte den tiden blev samtalet inte bra, då skulle sjuksköterskor inte få den informationen som fanns djupare inne hos patienter.

*”Om man inte känner att man ha den tid, då blir inte samtalet lika bra, man tar ju alltid samtal på nåt sätt, men har man inte tiden så lyssnar man inte så bra, tror jag”.*

## **Diskussion**

### **Metod diskussion**

Den kvalitativa ansatsen passade väl till studiens syfte att belysa sjuksköterskors erfarenhet av symtom och tecken till poststrokedepressionen. Genom kontakt och samtal gav deltagarna sina egna beskrivelser av deras erfarenheter av poststrokedepression. Intervjuerna krävde förståelse, färdighet och samarbete mellan forskaren och deltagarna för att uppnå så hög kvalitet på intervjuerna som möjligt (Olsson & Sörensen, 2001; Graneheim & Lundman, 2004; Kvale & Brinkmann, 2014). Det upplevdes som en viktig förutsättning att författaren var inläst på ämnet och det underlättade att intervjuerna följde en frågeguide. Det hade varit en fördel om studien hade inletts med en pilotstudie (Nyberg, 2000) för att pröva om instruktionerna är tillräckligt tydliga för deltagarnas förståelse eller om det finns frågor som deltagarna har svårt att besvara. Denna studie har inte inletts med en pilotstudie på grund av tidsbrist, vilket är en nackdel. Dock föregicks datainsamlingen av flera revideringar av frågeguiden i samråd med handledaren. Frågeguiden användes som ett manus för att strukturera intervjuernas förlopp.

Urvalet för studien följde studiens syfte. Samtliga sjuksköterskor hade olika lång yrkeserfarenhet av strokevård. Trots detta var svaren på frågorna ganska likartade. Sammanlagt erbjöds samtliga tjugo sjuksköterskor som arbetade på strokeavdelningen deltagande i studien, totalt var det tio som anmälde

sitt intresse. Då deltagande till studien var frivilligt efterforskades inte orsaken till att man avböjde deltagande.

Datainsamlingen baserades på intervjuerna med de tio sjuksköterskorna och deras berättelser om sina erfarenheter av symtom och tecken till poststroke depression. Det var angeläget att forskaren genomgående bortsåg från sina personliga åsikter och önsknings (Nyberg 2000). Trots att författaren endast hade liten intervjuvana, var det möjligt att hålla en neutral, objektiv ansats och att undvika egna åsikter under samtalen, och istället fokusera på att lyssna och förstå vad deltagare berättade. Samtliga tio deltagare valde själva att intervjun gjordes på ett samtalsrum på avdelningen. Alla deltagarna var nöjda med att de fick välja tid och plats själva, vilket bidrog till att deltagarna kände sig trygga i miljön under intervjuerna och kunde uttrycka sig fritt om sina erfarenheter av poststroke depressionen. Två av intervjuerna blev störda en kort stund, knappt en minut av personal som kom in för ärende men intervjuerna kunde därefter fortsätta utan problem efter att personalen lämnat rummet igen. På grund av forskarens bristande intervjuvana kan deltagarnas eventuella reaktioner och känslor under intervjuerna ha missats. Det kan även vara så att deltagarna var lite stressade på grund av att samtliga intervjuer skedde under deltagarnas arbetstid. Det var dock inte något som upplevdes utan intervjuerna gick lugnt tillväga. Under intervjuerna var forskaren närvarande och ställde följdfrågor när det behövdes och deltagarna svarade på frågor om deras egna arbetserfarenheter inom de fastställda temana för studien (Kvale & Brinkmann, 2009).

Deltagarna var ganska eniga i sina svar och efter sju, åtta intervjuer upprepades mycket av informationen. De sista två intervjuerna genomfördes dock ändå som planerat. Alla tio intervjuerna bandinspelades för att viktiga information under intervjuerna inte skulle missas (Nyberg, 2000). Kvaliteten på intervjuerna kanske inte var helt optimal pga. av forskarens ovana vilket kompenseras med att forskaren var inläst på ämnet samt väl förbered inför datainsamlingen.

Data analyserades enligt Graneheim och Lundman (2004). Enligt Nyberg (2000) ska kvalitativ data med bokstäver som symboler analyseras med kvalitativ innehållsanalys, därför valdes denna metod och texterna fokuserades endast på det manifesta textnära innehållet vilket ansågs vara lämpligt för en oerfaren forskare. Det krävs mer kunskap och förmåga av forskare att tolka textens underliggande innehåll och även rikare data (Graneheim & Lundman, 2004). Det var tidskrävande att skriva ut intervjuerna och krävde flera avlyssningar för att kunna skrivas ut ordagrant (Graneheim & Lundman, 2004). Dataanalysen följde Graneheim och Lundmans (2004) metod med upprepade läsningar av de utskrivna texterna till utformning av kategorier. Analysprocessen redovisas i tabellform för ökad tillgänglighet och översikt av resultatet. och för att understödja och komplettera vad som sägs i löpande text (Backman, 1998). Hela resultatet redovisades därefter i löpande text med intervjuцитat för

att exemplifierakopplingen mellan intervjuens innehåll och resultatet av analysen (Kvale & Brinkmann, 2014).

## Resultatdiskussion

Resultatet från denna studie redovisade sjuksköterskors erfarenhet och upplevelse av att identifiera, uppmärksamma strokepatienternas symtom och tecken på poststrokedepression i form av förändrad personlighet och socialt tillbakadragande. Vidare visade resultatet på vikten av att ha ett fungerande teamarbete och god kommunikation mellan personal och anhöriga samtidigt sjuksköterskans upplevelse av stress och ansvar att upptäcka poststrokedepression.

Strokepatienternas förändrade personlighet och socialt tillbakadragande uppmärksammades av de sjuksköterskor som hade goda kunskaper och erfarenheter av att upptäcka tecken och symtom till poststrokedepressionen. Samtliga sjuksköterskor berättade att många strokepatienter var oroliga och att det var vanligt att strokepatienter hade stor risk att utveckla en poststrokedepression, i överensstämmelse med tidigare forskning (Murray & Mårtensson, 2004); Pfeil, Gray & Lindsay, 2009; Kouwenhoven et al., 2011a; Lightbody et al., 2007a; Ginkel et al., 2010). I denna studie framkom att samtliga sjuksköterskor var noggranna och observanta och uppmärksamma på patienters små tecken och symtom till poststrokedepression. Sjuksköterskorna diskuterade dessa symtom och tecken vidare under teamronden som de hade två gånger per vecka. Sjuksköterskorna tog hänsyn till patienters förändrade liv (Chau et al., 2010; Kouwenhoven et al., 2011b).

Enligt Lightbody et al. (2007b) är en absolut förutsättning för att tidigt upptäcka patienters tecken till poststrokedepression att sjuksköterskan har utbildning och uppmuntras till detta. Sjuksköterskorna i denna studie visade sig vara trygga i sin roll som sjuksköterska. De uttryckte inte behov av utbildning inom poststrokedepressionen utan menade att de kunde ta kontakt med andra professioner i sin närhet så som kurator och psykolog vid behov. I Lightbody et al. (2007b) studie visar de att det behövs skattningsverktyg till hjälp i bedömningen av depression. Även i Ginkel et al. (2010) studie redovisas användning av olika instrument för bedömning av poststrokedepression såsom GDS och HADS. I föreliggande studie uppgav sjuksköterskorna som arbetade på strokemottagningen eller hemrehabiliteringen att det var HADS skattningsinstrumentet de använde ca en månad efter patienterna skrivits ut. Men inget skattningsinstrument användes på avdelningen under vårdtiden. Enligt Sagen et al. (2010) kunde man upptäcka patienter med hög risk för utveckla till depression om bedömning av poststrokedepression gjordes inom de första två veckor efter insjuknande av stroke. . I denna studie uppgav flera sjuksköterskor att de troligen hade kunnat identifiera flera fall av

poststrokedepression om de hade tagit hjälp av ett mätninginstrument, trots deras goda erfarenheter av att göra bedömningen baserat på endast den kliniska bilden.

Den största risken att utveckla en poststrokedepression är de första månaderna efter stroke, en tid efter att patienten har varit hemma, när patienter, närstående och vänner märker att livet inte fungera som tidigare (Jönsson, 2012; Murray & Mårtensson, 2004). Detta överensstämde med sjuksköterskornas erfarenheter på strokemottagningen eller hemrehabiliteringen i denna studie som uppgav att ofta upptäckte de poststrokedepression när patienter kom på återbesök efter en månad.

Studien visade att sjuksköterskorna lade stor vikt vid ett fungerande teamarbete och kommunikation mellan personal och anhöriga i termer av. Ett välfungerande teamarbete och goda relationer i teamet samt med patienter och deras anhöriga. Sjuksköterskorna beskrev vikten av att ha ett systemiskt, helhetstänkande genom att se patienterna i deras unika livskontext. Detta överensstämmer med Öquist (2008) beskrivning av teamarbetet där sjuksköterskorna beskriver teamet som ett system. För att de ska kunna utföra ett arbete mot ett enhetligt mål måste det finnas kopplingar mellan de olika nivåerna och delarna i systemet. Enligt Lightbody et al. (2007b) har sjuksköterskorna behov av att samarbeta med sina medarbetare och patienternas närstående för att tidigt kunna upptäcka patienternas symtom och tecken till poststrokedepression. Samtliga sjuksköterskor i denna studie hade uttalat vikten av teamarbete och goda relationer med patienter och deras anhöriga. Sjuksköterskorna tog hjälp av sina medarbetare i teamet, tog upp diskussioner i teamet och med de anhöriga när de upptäckte något som inte stämde med sina patienter i linje med tidigare studier, där sjuksköterskorna gav närstående information och utbildning, bemötte närstående med respekt så som Jönsson (2012), Yeung et al. (2007).

Sjuksköterskornas upplevelse av stress och ansvar att upptäcka poststrokedepression visade likhet med Lightbody et al. (2007b) studie, där sjuksköterskorna uppvisade brist på tid att utföra ett djupare samtal med patienterna och att det var vanligt att sjuksköterskan inte var observanta på patienternas tecken till depression på grund av stress och tidsbrist på arbete. Samtliga sjuksköterskor i denna studie hade uttryckt liknande upplevelser, det ville säga att på grund av tidsbrist var det ett stort hinder för dem att kunna sitta ner och föra ett djupare samtal med patienterna. Vidare att det tar tid för patienterna att kunna lita på sin sjuksköterska och öppna sina känslor för hen. Sjuksköterskorna upplevde att tidsbrist var ett stort hinder för att kunna ge patienterna en optimal vård och för att kunna upptäcka hur patienten egentligen mådde psykiskt. Sjuksköterskorna i studien kände sig ibland otillräckliga för sina patienter då de inte hade den tiden som behövdes. De insåg sin viktiga roll som sjuksköterska, att observation och bedömning av depression var en del av deras ansvar i strokevården i likhet med (Ginkel et al., 2010). Sjuksköterskorna uppgav att lindra patienters lidande som en viktig del i deras arbete i likhet med Erikssons tankar (1994), att lidandet av poststrokedepressionen kunde

lindras genom att inte kränka patientens rättighet, inte fördöma och missbruka makt utan istället ge patienten den vård som behövs, vara noggrann, lyhörd för de små detaljer som är viktiga för patienten som är beroende av vård.

Medelåldern för strokepatienter är idag 75 år (Strokeförbundet, 2015; Jönsson, 2012; Riksstroke, 2013), det vill säga patienter som drabbas av stroke är oftast äldre personer. De tio sjuksköterskorna i studien hade ingen specialistsjuksköterskeutbildning inom vård av äldre. Trots att de hade goda yrkeskunskaper och erfarenheter av yrket så behövdes det specialistkompetens inom äldre vård. Specialistkompetensen inom omvårdnad av äldre omfattar bland annat ett personcentrerat förhållningssätt och en systematisk problemorienterad bedömning av hela den äldres livssituation och tillstånd (Kompetensbeskrivning, utskrevs 2015). En specialistutbildad sjuksköterska på en strokevårdsavdelning skall ha ett större och tydligare ansvar än en grundutbildad sjuksköterska att införa forskningsresultat inom det specifika området inom vård av poststrokedepressionen, att driva och utveckla kliniska förbättringsarbeten och har även ett ledarskapsansvar för verksamhetsuppföljning (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén, 2014). Om det finns krav på att sjuksköterskor har specialistkompetens inom vård av äldre kan man anta att risken för strokepatienter att drabbas av poststrokedepression skulle minskas och därmed skulle även strokepatienters psykiska lidande minskas.

## Slutsats

Studiens resultat ökar kunskapen avseende sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att identifiera och uppmärksamma strokepatienters förändringar i samband med poststrokedepression såsom förändrad personlighet, och undvikande av social kontakt. Vikten med ett fungerande samarbete med övriga vårdpersonal i teamet och anhöriga betonas. Tidsbrist var ett stort hinder för sjuksköterskorna att kunna ge en optimal omvårdnad till sina patienter. Detta orsakade att sjuksköterskorna kände sig otillräckliga i sitt arbete. Dessutom tyder resultatet på vikten av att ha specialistkompetens inom äldre i strokevården.

Genom att tidigt kunna upptäcka poststrokedepression, kan patienters lidande minskas och därmed ökar patienters och anhörigas livskvalité. Då studien är begränsad till endast tio sjuksköterskor på en akut strokevårdavdelning, rekommenderas vidare studier för fördjupad kunskap inom poststrokedepression.

## **Klinisk tillämpning**

Studiens resultat belyser sjuksköterskornas goda erfarenheter och kunskaper av att identifiera symtom och tecken till poststrokedepression. Resultatet kan bidra till förbättring i omvårdnads kvaliteten och utveckling inom strokevården. Genom att använda mättningsinstrument för bedömning av symtom och tecken på poststrokedepression och att sjuksköterskors systematiskt följer upp och utvärderar omvårdnadsåtgärder i förhållande till patienters förändrade tillstånd, kan tecken på poststrokedepression tidigt upptäckas och patienters lidande minskas.

## Referens

- Atkinson, R. (1998). *The life story interview*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur. ISBN 91-44-00417-6.
- Barker-Collo, S., L. (2007). Depression and anxiety 3 months post stroke: Prevalence and correlates. *Archives of Clinical Neuropsychology* 22, 519-531.
- Berglund-Fägersten, M., Hedberg K. I., Johansson, H., Saaw, E., Stål-Söderberg, E & Wijk, H., (2012). Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre. Utskrevs från [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se) 20150325.
- Chau, J., P-C., Thmpson, D., R., Chang, A. M., Woo, J., Twinn, S., Cheung, S., K., & Kwok, T. (2010). *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3042-3050.
- Catangui, E. J. & Slark, J. (2012). Nurse-led ward rounds: a valuable contribution to acute stroke care. *British Journal of Nursing*, vol 21, no 13.
- Edberg, A-C., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (2014). *Omvårdnad på avancerad nivå- Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. ISBN 978-91-44-07145-9.
- Eriksson, K. (1994) . *Den lidande människan*. ISBN 91-47-05822-6.
- Fens, M., Heugten, C., M., V., Beusmans, G., Metsemakes, J., Kester, A., & Limburg, M. (2014). Effect of a stroke-specific follow-up care model on the quality of life of stroke patients and caregivers: A controlled trial. *J Rehabil Med*. 46: 7-15.
- Ginkel, J., Gooskens, F., Schuurmans, M., Lindman, E. & Hafseinsdottir, T. ( 2010). A systematic of therapeutic interventions for poststroke depression and role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3274-3290.
- Graneheim U. & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112
- Hjärt- och lungfonden (2012). Akut-test-vid-stroke. Hämtat 2015 0416, från <http://stroke.se/akut-test-vid-stroke/>

- Jönsson, A., C. (2012). *Stroke. Patienters, närståendes och vårdares perspektiv*. ISBN 978-91-44-06812-1.
- Kouwenhoven, S., E., Kirkevold, M., Engedal, K., Biong, S., Kim, H., S. (2011a). The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: A longitudinal perspective. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 6(4): 10.3402.
- Kouwenhoven, S., E., Kirkevold, M., Engedal, K., S., Kim, H., S. (2011b). Living a life in shades of grey: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal of advanced nursing*. 68(8), 1726-1737.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-05598-5.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-10167-5. Upplaga 3:1
- Lightbody, C., E., Auton, M., Baldwin, R., Gibon, B., Hamer, S., Leathley, M. J., Sutton, C. & Watkins, C. (2007b). The use of nurses' and cares' observation in the identification of poststroke depression. *Journal of Advanced Nursing* 60(6), 595-604.
- Lightbody, C., E., Baldwin, R., Connolly, M., Gibbon, B., Jawaid, N., Leathley, M., Sutton, C. & Watkins, C., L. (2007a). Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *Journal of Advanced Nursing* 57(5), 505-512.
- Murray, V. & Mårtensson, B. (2004). Emotionella reaktioner vanliga restsymtom efter stroke. *Läkartidningen*. Nr 24, volym 101.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar. Men stöd av IT och Internet*. Studentlitteratur. ISBN 91-44-01000-1.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. ISBN 91-47-04958-8.
- Piven, M. (2003). Nurse recognition of depressive symptoms in older adults in the medical hospital. *University of Iowa, Ph. D.* 122.
- Pfeil, M., Gray, R. & Lindsay B. (2009). Depression and stroke: a common but often unrecognized combination. *British Journal of nursing*. Vol 18, No 6.



- Polit, D. & Beck, Tatano C. (2012) *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, Ninth Ed. ISBN: 987-1-6054-7782-4.
- Riksstroke (2013). Stroke och TIA. Rapport från riksstroke utgiven November 2014. Hämtad 20150506 från [http://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2014/07/Strokerapport\\_AKUTTIA3man\\_LR.pdf](http://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2014/07/Strokerapport_AKUTTIA3man_LR.pdf)
- Sagen, U., Finset, A., Moum, T., Mörland, T., Vik, T. G., Nagy, T. & Dammen, T. (2010). Early detection of patients at risk for anxiety, depression and apathy after stroke. *General Hospital Psychiatry* 32, 80-85.
- Sander, R. (2013). Prevention and treatment of acute ischemic stroke. *Nursing older people*. 25, 8, 34-38.
- Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.
- Socialstyrelsen (2009). Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009- Stöd för styrning och ledning. ISBN: 978-91-86301-59-0. Artikel nr: 2009-11-4
- Schofield, I., Stark, S., Lowndes, A., Tolson, D. (2004). The detection and prevention of depression in older people. *Nursing Times*, 25-31, 100(21), 32-35.
- Strokeförbundet (2015) Fakta om stroke. Hämtad 2015-04-01 från <http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=442&go=Vad%20%20E4r%20stroke?>
- Thomas, E. & Thomas, E. (2006). *Medicinska sjukdomar. Specifik omvårdnad, Medicinsk behandling, Patofysiologi*. Studentlitteratur. ISBN 91-44-01894-0.
- Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistiska-samhällsvetenskaplig forskning. ISBN:91-7307-008-4
- World-stroke org (2015). World stroke Campaign. Hämtad 201506 från <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>
- Yeung, S., Lui, Mh-L., Ross, F. & Murrells, T. (2007). Family cares in stroke care: examining the relationship between problem-solving, depression and general health. *Journal of Clinical Nursing* 16, 344-352.
- Öquist, O. (2008). *Systemteori i praktiken. Konsten att lösa problem och nå resultat*. ISBN 978-91-7205-575-9



# Bilaga 1

## Frågeguide

1. Vilka tecken har patienter till poststrokedepression?
2. Vilka symtom har patienter till poststrokedepression? Hur upptäcks dem?
3. Vad har sjuksköterskan för roll i upptäckten av dessa symtom?
4. Används det något instrument för mätning av depressionen? Vilka? Om inte saknar du ett verktyg?
5. Berätta din erfarenhet angående konsekvenser av poststrokedepression hos patienter och deras anhöriga?
6. Hur fungerar det i teamarbete? Tar du hjälp av medarbetare eller anhöriga för att upptäcka symtom och tecken till depression?
7. Vilka förutsättningar, hinder (rutiner, tid, kompetens mm.) finns det på avdelningen för att kunna upptäcka symtom och tecken till depression?
8. Beskriv den optimala tänkbara omvårdnad av patienter för att upptäcka och förebygga strokedepression.

## Bilaga 2



### GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

#### FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

#### **Titel: Sjuksköterskors erfarenhet och upplevelse av att identifiera symtom och tecken på poststrokedepression**

Varje år insjuknar runt 30000 svenskar i stroke. Medelåldern ligger på 75 år. Många strokepatienter lider av dolda funktionsnedsättningar, som exempel depression eller depressionsliknande tillstånd är vanligt efter stroke. Depressionen ger en negativ påverkan på rehabiliteringen, ökad sjuklighet, ökad påfrestning på anhöriga och en negativ inverkan på livskvaliteten.

Mitt namn är Jenny Liang Mejerbo. Jag läser ett specialistsjuksköterskeprogram med inriktning inom vård av äldre i Göteborgs universitet. Nu skriver vi examensuppsats och jag är intresserad av att skriva om sjuksköterskors erfarenhet av symtom och tecken till poststrokedepression. Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors erfarenhet om symtom och tecken till poststrokedepression, därför är du erbjuden att delta i denna studie.

Om du vill delta i studien kommer jag inom kort att ta kontakt med dig för att erhålla ett skriftligt informerat samtycke och för att bestämma tid och plats för en intervju som kommer att spelas in, det tar ca 30-40 minuter. De insamlade data ska endast användas inom ramen för examensarbetet, jag kommer även att bevara materialen så att ingen annan kan komma åt dem. Efter kursen är avslutad kommer jag att arkivera all material i tio år i brandsäkert, lås skåp enligt lagen. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att ange orsak och utan påverkan på egen vård. Om du har några frågor kontaktar gärna mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar

Jenny Liang Mejerbo

2015-05-06

Ansvariga:

Student: Jenny Liang Mejerbo

Tel: 0704-60 88 47, mail: [jennyliang99@hotmail.com](mailto:jennyliang99@hotmail.com)

Handledare: Zahra Ebrahimi

Tel: 031-786 60 25, mail: [zahra.ebrahimi@gu.se](mailto:zahra.ebrahimi@gu.se)

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Göteborg

## INFORMERAT SAMTYCKE TILL DELTAGANDE I FORSKNINGSSTUDIE

Titel: Sjuksköterskors erfarenhet och upplevelse av att identifiera symtom och tecken på poststrokedepression

Jag har tagit del av ovanstående skriftlig information angående studien. Jag har fått studieinformation och fått svar på mina frågor.

Jag samtycker till att delta i studien och känner att mitt deltagande är helt frivilligt, samt att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Datum \_\_\_\_\_

---

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Ansvariga

Student: Jenny Liang Mejerbo, tel. 0704-60 88 47, mail: jennyliang99@hotmail.com

Handledare: Zahra Ebrahimi, tel. 031-786 60 25, mail: zahra.ebrahimi@gu.se

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborg

## Bilaga 3



### GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

#### FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Titel: Sjuksköterskors erfarenhet och upplevelse av att identifiera symtom och tecken på poststrokedepression

#### **Till verksamhetschef**

Strokeenheten avdelning 354, Östrasjukhus

Mitt namn är Jenny Liang Mejerbo. Jag studerar ett specialistsjuksköterskeprogram med inriktning vård av äldre på Göteborgs universitet. Nu har vi börjat med examensarbete och jag är intresserad av att studera sjuksköterskans erfarenhet av symtom och tecken på poststrokedepression. Se bifogade projektplanen.

Vi har haft telefonsamtal för ett par veckor sedan angående studien. Jag är tacksam att Du godkänner att studien genomförs på avdelningen.

Har du frågor angående studien är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning

Student:

Jenny Liang Mejerbo Tel: 0704-60 88 47, mail: [jennyliang99@hotmail.com](mailto:jennyliang99@hotmail.com)

Handledare:

Zahra Ebrahimi Tel: 031-786 60 25, mail: [zahra.ebrahimi@gu.se](mailto:zahra.ebrahimi@gu.se)

Legitimerad sjuksköterska, med specialistutbildning inom vård av äldre, Medicine doktor

2015-05-06

Jag godkänner härmed att Jenny Liang Mejerbo får genomföra studien på avdelningen under period 201505 - 201510.

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef