

BACHELOROPPGÅVE

«Vegen vidare i eit endra liv»

Korleis kan sjukepleiar legge til rette for rehabilitering av pasientar ramma av venstresidig hjerneslag med høgresidig utfall ?

av

Kandidatnummer: 38.

Namn: Helen Osvoll

«Way forward in a changed life»

How can nurses facilitate rehabilitation of patients affected by left -sided stroke with right –sided outcome?

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Oktober 2014

Antal ord: 6944

Veileidar: Solveig Sægrov



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidat nummer: 38 Helen Osvoll

JA NEI

Samandrag:

Problemstillinga i denne oppgåva er korleis kan sjukepleiar legge til rette for rehabilitering av pasientar ramma av venstresidig hjerneslag med høgresidig utfall. Gjennom arbeidserfaring har eg møtt mange pasientar ramma av hjerneslag og sett konsekvensane dette kan gi. Difor ynskjer eg i denne oppgåva å setje søkelyset på korleis sjukepleiar kan møte desse utfordringane så pasienten si oppleving av rehabiliteringsprosessen blir best mogleg.

I oppgåva har eg brukt funn frå forskingsartiklar i ulike databaser som omhandlar temaet hjerneslag og rehabilitering. Eg har og brukt relevant faglitteratur, pensum bøker og faghefter retta mot problemstillinga i oppgåva både i teoridelen og i drøftingsdelen. I drøftingsdelen viser eg til eigenerfaring opp mot teorien. Eg har også brukt funn av søk i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet sine sider på nettet som omhandlar temaet, i oppgåva.

Å bli ramma av venstresidig hjerneslag kan gi ulike utfall som afasi, apraksi, lammelser og emosjonelle forstyrningar. Dette kan gi store utfordringar i etterkant både for personen sjølv og familien rundt. Å legge til rette for rehabilitering av pasienten i etterkant inneber at sjukepleiar har kompetanse på diagnosen hjerneslag og dei utfall det kan gi. Det er også viktig at sjukepleiar tenker mestring, motivasjon og kommunikasjon til pasienten under rehabiliteringsprosessen.

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing av problemstilling	2
2.0 Metode	2
2.1 Begrepet metode.....	2
2.2 Litteraturstudie.....	3
2.3 Presentasjon av forskningsartiklane.....	3
2.3.1 En effektiv slagenhet – Hva er det?.....	3
2.3.2 Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit.....	3
2.3.3 How is nursing care for stroke patients best organised ? Nurses best view on best practices	4
2.4 Kjeldekritikk.....	4
2.5 Vurdering av metode.....	5
3.0 Teorikapittel	5
3.1 Hjerneslag.....	5
3.1.1 Konsekvensar for pasienten	6
3.2 Sjukepleieteoriteori	7
3.3 Kommunikasjon og relasjon	8
3.4 Motivasjon.....	9
3.5 Mestring	9
3.6 Rehabilitering	10
3.7 Activities of daily living- ADL	10
3.8 Individuell plan	11
3.9 Slageining.....	11
4.0 Drøftingsdel	11
4.1 sjukepleiar i møte med afasi -og apraksi utfall hos pasient under rehabilitering.....	11
4.2 Sjukepleiar i møte med emosjonelle forandringar hos pasient	13
4.3 Sjukepleiar i møte med pasient under ADL-trening, målsetjing og individuell plan	14
5.0 Konklusjon	16
6.0 Litteraturliste.....	18

1.0 Innleiing

Kvart år vert 15 millionar menneske på verdensbasis ramma av hjerneslag. I Norge er hjerneslag ein av dei store folkesjukdomane der om lag 15 000 personar vert ramma årleg. Hjerneslag er den 3.største dødsårsaka hos vaksne, og er den vanlegaste årsaka til funksjonshemming (Frich & Russel, 2007, s.6). Truleg bur det rundt 55 000-60 000 menneske i Norge som har hatt hjerneslag. 2/3 av alle desse har som følge av slaget, nedsett kroppsfunksjon. Dei fleste pasientar som vert ramma av hjerneslag har behov for rehabilitering og oppfølging. Nokre pasientar kan oppleve så stor funksjonssvikt at dei må ha varig hjelp og støtte etter hjerneslaget. Hjerneslag får dermed ikkje berre store konsekvensar for pasienten og familien rundt, men er også ein sjukdom med store samfunnsøkonomiske konsekvensar. I Norge er det anslått at den samla kostnaden for slagsjukdomane i året er på om lag 6 milliardar kroner (Indredavik, 2004 s. 125).

Alder er den viktigaste risikofaktoren for å få hjerneslag. Antal nye hjerneslagpasientar vil sannsynlegvis auke fram mot 2030. Dette på grunn av befolkningsutviklinga der andelen eldre stadig er aukande (Indredavik, 2004 s. 125). Unge slagamma har lengre forventa levetid enn eldre. Dei er også ekstra sårbare då mange er i forsørgarrolle til familien. For å redusere belastninga hos dei som overlever hjerneslag, står førebygging, adekvat akuttbehandling og rehabilitering sentralt (Kerty, 2007, s. 7). Lovgrunnlaget og målsettinga med rehabilitering i spesialisthelsetenesta er å imøtekome kliniske behov som overstig kommunen sitt ansvar og kompetanse. Dette i samband med diagnose, observasjon, utgreiing og opptrening av funksjonar hos den enkelte pasient. Kartlegging frå departementet viser imidlertid at fleire pasientgrupper ikkje får eit rehabiliteringstilbod som er tilfredsstillande. Blant andre pasientar med nevrologiske lidingar (St.meld. nr. 21, 1998-99).

Behandling og rehabilitering ved slageining er det einaste tiltaket som reduserer dødelegheit og betrar funksjonsevne og livskvalitet etter eit hjerneslag (Indredavik, 2004, s. 131). Forsking viser at trening ved slageining fører til redusert dødelegheit og mindre funksjonstap også på lang sikt, opptil fem til ti år etter hjerneslaget. Rehabilitering fører også til mindre behov for institusjonalisering. Førsteprioritet i slagomsorg i Norge bør vere etablering av fleire sengeplassar ved slagavdelingar. Dersom dette blir prioritert vil pasientar ramma av hjerneslag ha større sjanse for å overleve, gjennvinne funksjonar og kome tilbake til eit aktivt liv (Indredavik, 2007).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Temaet eg skal har valt å skrive om er rehabilitering etter hjerneslag i venstre hjernehalvdel, med høgresidig utfall, som for mange pasientar gir store utfordringar i etterkant. Før eg tok til på sjukepleiarutdanninga, jobba eg i mange år som hjelpepleiar ved eit rehabiliteringssenter for

slagramma i kommunen der eg bur. Eg såg mange pasientar og pårørande som brått hadde fått livet sitt endra etter hjerneslaget, og kva utfordringar dei som familie kunne bli stilt overfor.

Erfaringsmessig såg eg mange døme på kor viktig det er at pasienten tidlegast mogleg etter slaget får starte med opptrening. Dette er derfor eit tema eg er engasjert i og synst er viktig. Derfor ynskjer eg å få meir kunnskap om korleis eg som ferdig sjukepleiar kan legge til rette for god rehabilitering saman med pasienten.

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar legge til rette for rehabilitering av pasientar ramma av venstresidig hjerneslag med høgresidig utfall ?

1.3 Avgrensing av problemstilling

Hovudfokuset i denne oppgåva er korleis sjukepleiar kan møte pasientar ramma av venstresidig hjerneslag i rehabiliteringsfasen. Oppgåva tek utgangspunkt i at pasienten er ferdig akutt-behandla og klar for rehabilitering i slageining. Eg vel å nemne kort kva funksjon ei slageining har og kva for ulike yrkesgrupper som arbeider i teamet, i teoridelen. Eg nemner også utfall etter høgresidig hjerneslag i teorien, men legg litt meir vekt på utfall etter hjerneslag i venstre hjernehalvdel då problemstillinga spør om dette. Eg vil i drøftinga ha hovudfokuset på sjukepleiar si rolle saman med pasienten i rehabiliteringsprosessen då problemstillinga spør om dette. Eg vel å dra inn tverrfagleg samarbeid og individuell plan i drøftingsdelen, då dette er ein naturleg del av arbeidet i ei slageining. Eg vil i både teori -og i drøftingsdelen ta inn pårørande der det fell naturleg.

2.0 Metode

I denne delen av oppgåva vil eg forklare begrepet metode. Eg vil deretter forklare søkeprosessen for funn av forskningsartiklar, presenter artiklane og vise til faglitteratur eg har brukt i oppgåva. Eg avsluttar denne delen med kjeldekritikk.

2.1 Begrepet metode

Metode kan beskrivast som den måten vi brukar for å tillegge oss ny kunnskap, eller for å forvise oss om at kunnskapen vi sit med er riktig eller uriktig. Metoden vi vel å bruke hjelp oss derfor til å belyse spørsmål vi sit med på ein fagleg måte, og gir oss dei data vi meiner er gode (Dalland, 2007, s. 81).

Denne oppgåva er ein litteraturstudie.

2.2 Litteraturstudie

Eg starta med søk i SweMed+ for å finne relevante søkeord eg kunne bruke i dei vidare søka i ulike databaser. Eg starta søket med orda hjerneslag og rehabilitering i fritekst. Deretter gjekk eg inn på ulike artiklar for å sjå etter alternative søkeord og eventuelle synonym-ord på engelsk. Søkeorda eg valte ut var stroke, activities of daily living, adult, nurse, nursing care, stroke unit, rehabilitation, rehabilitation unit og recovered functions.

I databasen Academic search premier/Chinal og Medline haka eg av for begrensingane engelsk språk, søk frå Januar -07 til Oktober -14, research article (forskningsartikkel) og peer review (fagfellevurdert). Eg prøvde fleire ulike samansetningar av søkeord i leiting etter relevante artiklar. På nokre samansetningar fekk eg fleire tusen artikkeltreff. Ved å bruke søkeorda stroke unit AND rehabilitation AND og nursing care fekk eg 17 alternative artiklar. Av desse valte eg ut artikkelen How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practices. Ved å bruke søkeorda nurse AND stroke AND rehabilitation unit fekk eg 16 treff. Av desse valgte eg ut artikkelen Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit.

I databasen til Tidsskrift for Den norske Legeforening brukte eg søkeorda hjerneslag og rehabilitering. Eg fekk då 138 treff. Ved å legge til ordet sykepleier fekk eg 13 treff. Av desse valte eg ut artikkelen En effektiv slagenhet- hva er det?

2.3 Presentasjon av forskningsartiklane

2.3.1 En effektiv slagenhet – Hva er det?

Dette er ein kvantitativ studie frå 2007. Forfattaren er Bent Indredavik. Hensikta med denne studien er å vise korleis slageiningar kan bidra med å redusere dødelegheit og alvorleg funksjonshemming hos pasientar ramma av hjerneslag. Funn seier behandling og rehabilitering i slageining er mest effektivt, og kan redusere dødelegheit, alvorleg funksjonshemming og pasientar sitt behov for sjukeheimplass både på kort- og lang sikt. Han har brukt funn frå eiga forskning, aktuell litteratur og kunnskap som deltakar i The Stroke Unit Trialists' Collaboration som bakgrunn for resultatet.

2.3.2 Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit

Dette er ein kvalitativ studie frå 2008. Forfattarar er Susan Barreca og Seanne Wilkins. Hensikta med denne studien er å sjå på haldningar, følelsar og oppfatningar hos sjukepleiar i jobb ved slageining. Metoden forfattarane har brukt for å kome fram til resultatet var intervju av 8 sjukepleiarar ved ei slageining i Canada. Sjukepleiarane vart over ei periode intervjuet om sine erfaringar i sitt arbeid med

pasientar ramma av hjerneslag. Resultat frå denne forskinga viser at sjukepleiar trivdes godt i sitt arbeid med slaggramma og med denne typen samarbeid. Sjukepleiar sat med følelsen av å ha ei sentral rolle i rehabiliteringsprosessen, men kunne oppleve å bli degraderte av dei andre yrkesgruppene. Kommunikasjonsproblem mellom teama kunne vere eit problem. God kollegial støtte var viktig. Sjukepleiar meinte lite ressursar kunne vere med på å svekke rehabiliteringstilbodet til pasienten. Sjukepleiar kunne finne det vanskeleg å sjå pasientar bli frustrerte under ADL-trening. Sjukepleiar hadde eit positivt syn og syntest det var givande å få arbeide med pasientar ramma av hjerneslag.

2.3.3 How is nursing care for stroke patients best organised ? Nurses best view on best practices

Dette er ein kvalitativ studie frå 2013. Forfattarane er Jytte H Struwe, Marianne Baernholdt, Vibeke Noerholm og Jette Lind. Hensikta med denne studien er å finne ut sjukepleiar si oppfatning om korleis ein organiserar slagbehandling. Metoden som er brukt er intervju av sjukepleiarar ved 4 ulike slageiningar i Danmark. Sjukepleiarane vart intervjuar i tre omgangar om sine erfaringar i sitt arbeid med pasientar ramma av hjerneslag. Funn frå denne forskinga viser at sjukepleiar fokuserer på høg kompetanse og kontinuitet i rehabiliteringsarbeidet i slageininga. Faste pasientar til fast personale var positivt for å følgje opp pasienten. Samarbeid mellom teama var viktig, medan mangel på ressursar kunne gå utover rehabiliteringsprosessen til pasienten. Sjukepleiar følte ansvar for at pasienten skulle gjennvinne livskvalitet.

2.4 Kjeldekritikk

Dalland beskriv kjeldekritikk som den metoden ein brukar for å slå fast om kjelda er til å stole på. Med dette meiner han å karakterisere og vurdere dei kjeldene som blir brukte (Dalland, 2007, s. 64).

Det kan vere ei styrke at all faglitteratur og forskningsartiklar som er brukt i oppgåva er av nyare dato. Forskningsartiklane eg har brukt i oppgåva har relevans for temaet og to av desse studiane hadde fleire forhaldvis like funn, noko som kan vere med på å styrke oppgåva. Ein forfattar som går igjen mykje i faglitteraturen er Bent Indredavik, som har skriva mykje fagstoff og forskningsartiklar innan temaet hjerneslag. Det kan og vere med å styrke oppgåva at litteraturen eg har brukt i oppgåva seier mykje det same innan hjerneslag og rehabilitering.

Kvalitativ studie er bruk av intervju som metode for å innhente data. Formålet med kvalitative studiar er å beskrive intervjupersonen si oppleving av livssituasjonen ho/han befinn seg i (Dalland, 2007, s.

130). Utfordringa ved denne typen studie er at det blir intervjupersonen si oppleving av situasjonen. Dersom eit anna testpanel vart brukt eller at intervjuar stilte spørsmåla på ein annan måte, kunne resultatet blitt eit anna. Dette kan vere ei svakheit med dei kvalitative forskningsartiklane som er brukt i oppgåva.

2.5 Vurdering av metode

Det er gitt ut mykje faglitteratur innan temaet hjerneslag og rehabilitering. Det er også eit tema det er forska mykje på. Eg har derfor hatt mykje litteratur å velje mellom, og har på grunn av dette valt ut den litteraturen som er av nyare dato. Eg synst eg har funne mykje relevant litteratur rundt temaet og problemstillinga i oppgåva. Eg synst imidlertid at det kunne bli for mykje faglitteratur/fagbøker å forhalde seg til. Eg hadde derfor valt ut færre bøker dersom eg fekk velje igjen.

3.0 Teorikapittel

I dette kapittelet tek eg for meg teori om korleis eit hjerneslag oppstår og kva for konsekvensar det kan føre til for personen som blir ramma. Eg tek også føre meg teori om kva begrepet rehabilitering inneber, kva ADL-trening er og kva ei slageining består av.

3.1 Hjerneslag

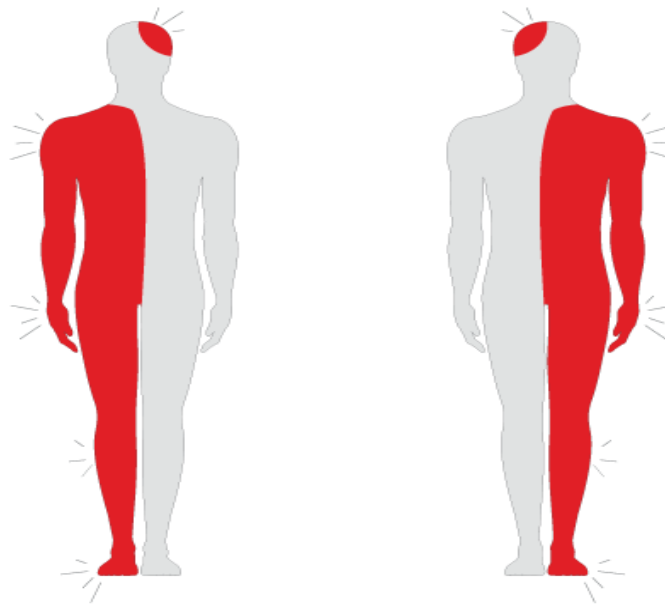
Hjerneslag eller apoplexia cerebri er eit samlebegrep på symptom som oppstår når hjerna mistar heilt eller delvis blodforsyning . Hjernen brukar mykje energi, men har ingen «reservetank» sjølv og treng derfor under normale forhold heile tida påfyll med både oksygen og glukose (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2011, s. 262). Hjernevevet er svært sårbart og vil etter få minutt raskt døy dersom oksygen og glukosetilførselen opphøyrer. Som følge av dette vil funksjonar styrt i dette området i hjernen gå tapt. Hjerneslag kan delast inn i to hovudtyper, hjerneinfarkt og hjerneblødning (Bertelsen, 2011, s. 318).

Hjerneinfarkt inntreff når ei blodåre som transporterar blod til små eller større delar av hjernen blir tilstoppa. Som oftast kjem denne tilstoppinga av ein trombose (blodpropp) danna av aterosklerose (åreforkalking) i ein arterie eller ein emboli frå aorta, hjertet eller halsarteriane (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2011, s.262). Emboli er små bitar med aterosklerose som løsnar og fyl blodstraumen til hjernen der den set seg fast i ein hjernearterie (Bertelsen, 2011, s. 318). Dersom pasienten får forbigåande symptom på hjerneslag som forsvinn i løpet av 24 timar, vert det kalla eit TIA anfall. (Transitorisk iskemisk anfall). Eit slikt anfall kan vere eit forvarsel på at eit større infarkt er på veg (Wergeland, Ryen, Ødegaard-Olsen, 2011, s. 263).

Hjerneblødning oppstår når ein arterie i hjernen sprekk og ei blødning oppstår. Dette fører til forstyrning av blodsirkulasjonen i hjernen (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2011, s.262).

3.1.1 Konsekvensar for pasienten

Symptom på hjerneslag kan utvikle seg gradvis, men oppstår som regel plutselig. Vanlegvis vil symptom oppstå i løpet av sekund eller minutt. Symptoma kjem utifrå kvar i hjernen slaget har oppstått (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2011, s. 263). Nokre av skadane etter hjerneslaget kan vere godt synlege både for den som er ramma og for personar rundt pasienten. Nokre skader derimot kan vere mindre synlege, noko som kan vere ei utfordring (Landsforeningen For Slagrammede, 2012).



(Landsforeningen For Slagrammede 2012)

Den høgre sida av hjernen vår styrer tankar og følelsar. Den bearbeidar intrykk frå sanseorgana i kroppen vår og får oss til sjå ting i heilheit. Dersom eit hjerneslag oppstår i denne delen, kan desse prosessane bli forstyrra (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2011, s. 264). Utfall som kan oppstå etter høgresidig hjerneslag er:

- Ein kan bli lam i venstre side av kroppen, då høgre hjernehalvdel styrer denne venstre sida. Ein kan dermed ha redusert merksemd mot si venstre side (neglekt) og få problem med rom og retning (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2011, s. 263).

- Ein kan verte mindre følsam for smerter, temperatur og berøring på si venstre side (Landsforeningen For Slagrammede, 2012).
- Ein kan få vanskar med tidsforståing og planlegging.
- Ein kan få nedsett konsentrasjon og hukommelse.
- Ein kan ha redusert sjukdomsinnsikt og få emosjonell forstyring. Dette kan sjåast som at pasienten kan vere labil (lett for å gråte), kritikklaus og benektande (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2011, s. 264).

Den venstre sida av hjerne vår styrer språket. Skader i denne delen kan derfor føre til svikt i den språklige funksjonen. Utfall som kan oppstå etter venstresidig hjerneslag er :

- Dette kan gi utslag som svikt i lesing, skriving, tale og forståing. Denne typen språkvanskar kallast afasi. Kva type og grad av språkvanskane varierer frå person til person. Dei fleste har imidlertid vanskar med å forstå alt som blir sagt eller når temaet blir for stort.
- Ein kan bli heilt eller -delvis lam i høgre sida av kroppen (parese)
- Ein kan få nedsett følsomheit mot smerter, temperatur og berøring på si høgre side
- Ein kan få problem med å utføre kjente handlingar på riktig måte. Dette kallast apraksi. Klassiske teikn på apraksi er usikker eller feil bruk av hendene. Pasienten kan også ha vanskar med å forme og bruke munnen. Dette kallast oral apraksi (Landsforeningen For Slagrammede, 2013, s. 12).
- Ein kan få redusert hukommelse og oppleve emosjonelle forstyringar som å bli initiativlaus, få angst, depresjon og startvanskar/tregheit (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2011, s. 264).

3.2 Sjukepleieteori

Kari Martinsen meiner begrepet omsorg heng saman med det å ta hand om og hjelpe kvarandre. Med dette meiner ho at det vi vil andre skal gjere mot oss, skal vi gjere mot dei (Martinsen, 2003, s. 14). Sidan vi alle kan kome i ein situasjon der vi treng hjelp frå andre, bør vi handle slik at alle kan få moglegheit til å leve livet på best mogleg måte (Martinsen, 2003, s. 15). Ho seier det er sjukepleiar sitt ansvar å hjelpe pasienten, og sjå til at pasienten ikkje føler på å måtte gi noko tilbake. Ho meiner omsorg er noko som blir gitt utifrå mottakaren sin livssituasjon. Dette krev innsikt i mottakaren sine moglegheiter og begrensingar. Martinsen meiner at det personlege engasjementet og situasjonsforståelsen til andre er med på å knyte kontakt (Martinsen, 2003, s. 16).

3.3 Kommunikasjon og relasjon

Å kommunisere betyr «å gjere felles». Vi utvekslar, skapar og avdekkjer meining når vi kommuniserer (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 215). Det er viktig at vi forstår kva for kva for meiningssamanheng bodskaperen høyrer heime i for å forstå kvarandre. Det kan raskt oppstå problem dersom bodskaperen utan vidare blir plassert i ein heilt annan samanheng enn der han høyrer heime (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 218). Vi kodar og tolkar all bodskaper vi får frå andre. Koding skjer gjennom måten bodskaperen blir formidla på, kva for kroppsspråk- og tonefall vi har og kva for ord vi vel å bruke. Dersom partane kjenner kvarandre sine koder vil kommunikasjonen bli lettare å forstå. Åtferd kan få ei forvrengt meining dersom partane ikkje kjenner kvarandre si koding. Tolking er den oppfatninga vi har av det som blir formidla til oss, og handlingane vi utfører vidare blir deretter (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 218).

Veremåte og empati er forhold som har betydning for ein god relasjon. Veremåten vår er viktig å vurdere då vi skal fungere best mogleg for dei vi skal hjelpe. Som profesjonell må ein derfor vurdere om veremåten vår vil fremme eller vere til hinder for god relasjon (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 180). Empati inneber å kunne leve seg inn i og forstå korleis den andre personen har det. Vi føler med den andre og utviklar dermed ein tilstand av nærleik, men også avgrensing og avstand (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 181). For at vi skal kunne å føle empati med den andre, må vi kjenne igjen desse følelsane i oss sjølve. På denne måten kan vi få informasjon om den andre personen sine følelsar og måte å tenke på. Vi kan også få tilgang til den andre personen sine opplevingar og erfaringar (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 182).

Joyce Travelbee seier det ikkje er nok at sjukepleie inneheld gode intensjonar og vennlegheit. Sjukepleie må også innehalde kunnskap og evne til å bruke den for å løyse problem. Ho meiner sjukepleiar må ha evna til å bruke seg sjølv terapeutisk for å utvikle og oppretthalde eit hjelpeforhold til pasienten. For å oppnå dette må sjukepleiar ha ein djuptgåande innsikt i korleis det er å vere menneske (Travelbee, 2001, s.21). Travelbee meiner kommunikasjon er ein prosess som fører til at sjukepleiar kan etablere eit menneske-til-menneske forhold. På denne måten kan sjukepleiar hjelpe enkeltindivid og familiar med å mestre og førebygge erfaringar med liding og sjukdom. Ho meiner sjukepleiar kan hjelpe dei å finne meining i desse erfaringane (Travelbee, 2001, s. 135).

Tverrfagleg kommunikasjon hos dei ulike teama er viktig i ein rehabiliteringsprosess. Både på det faglige og personlege plan. Grunnen til dette at ein utviklar relasjonar til kvarande når ein kommuniserer (Greve, 2007, s. 172). Funn frå forskning viser at sjukepleiar vektlegg kommunikasjon i slageininga, men at kommunikasjonsvanskar kan vere eit problem mellom dei ulike yrkesgruppene (Barreca & Wilkins, 2008).

3.4 Motivasjon

Begrepet motivasjon blir ofte kopla til mestring i ein rehabiliteringsprosess. Ein kan seie at motivasjon er drivkrafta bak ei handling (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008, s. 64). Når ein ser sine valmoglegheiter kan dette bidra til motivasjon. Ein motiverande faktor i ein rehabiliteringsprosess kan vere at pasienten har moglegheit til å ta styring over eigne val. Dersom pasienten opplev at andre tek over styringa, er det ikkje lett å bli motivert. Mange pasientar kan ha nedsett sjølvkjensle og slite med motivasjonen i ein rehabiliteringsprosess. Tillit mellom pasient og pleiar er viktig. Dersom tillit uteblir kan dette forsterke den negative kjensla pasienten sit med (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008, s. 65). Dersom pasienten manglar motivasjon, kan han reagere negativt på dette begrepet. Grunnen til dette er fordi det ofte blir sett på som eit trekk ved personlegdomen til pasienten dersom motivasjon uteblir (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008, s. 66).

3.5 Mestring

Ein svært viktig del i rehabiliteringa er å få pasienten til å oppleve mestringsfølelse (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008, s.56). Det å forstå begrepet mestring kan vere utfordrande Grunnen til dette er fordi fagpersonell ofte har sin måte å tyde begrepet på, medan folk flest har eit anna syn på begrepet (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008, s.55). Vi kan knytte betydninga av mestring til

Identitetsbekrefting: vi viser kven vi er gjennom handling og kunnskap. Når vi får bekræftelse frå andre på det vi utfører føler vi oss betydningsfulle. Mestring av ADL-ferdigheiter vil bekræfte si eiga og andre si oppfatning av kven ein er. Ein kan opplev fridom og sjølvstende dersom ein mestrar ein aktivitet. Ein ser då på seg sjølv som sjølvstendig. Dersom ein opplev å vere avhengig av hjelp frå andre kan ein sjå på seg sjølv som ein hjelpetrengande person.

Sjølvrealisering og utfolding: ein kan føle djup indre tilfredsheit dersom ein klarar noko ein tidlegare ikkje har klart. Drivkraft til sjølvrealisering kan vere følelsen av å lære seg noko nytt, å strekke seg etter noko eller å oppleve mestring (Tuntland, 2011, s. 30).

Sjølvhjelptheit og uavhengigheit: å mestre inneber å få auka moglegheit til å bestemme sjølv, til å føle uavhengigheit og ein har fleire valmoglegheiter. Dersom ein mestrar fleire av dagleglivets utfordringar kan dette føre til oppleving av eigenkontroll, større personleg fridom og mindre behov for hjelp (Tuntland, 2011, s. 31).

Richard Lazarus og Susan Folkmann ser på mestring som ein prosess der følelsar, tankar og handlingar påverkar og er avhengige av kvarandre. Dei meiner ein må skilje mellom mestring og resultatet av mestringa. Lazarus og Folkmann hevda og at ein mestringstrategi må sjåast i den

samanheng personen er i. Strategien kan dermed ikkje sjåast på som god eller dårleg (Renolen, 2008, s. 149)

3.6 Rehabilitering

Rehabilitering tyder å gjennvinne verdigheit (Lie, 2001, s. 16). Det er pasienten som er i fokus under rehabiliteringsarbeidet. Pasienten skal få hjelp til å kunne delta i samfunnet på lik linje med andre og på sine egne premiss. Utgangspunktet for rehabilitering er «heile personen» og den situasjonen pasienten befinn seg i. Dermed er rehabilitering eit heilheitleg tilbod, ikkje berre ei enkel teneste eller tiltak. Oppgåva til hjelpeapparatet rundt pasienten er å støtte opp om og gi relevant bistand slik at pasienten kan nå sine mål (Normann, Sandvin, & Thommesen, 2008, s.37). Funn frå forskning viser at sjukepleiar fokuserer på høg kompetanse i rehabiliteringsarbeidet av pasientar ved slageiningar (Struwe, Baernholdt, Noerholm & Lind, 2013).

Formålet med rehabilitering etter eit hjerneslag er å hjelpe pasienten til å kompensere eller gjennvinne tapt funksjon. Grunnpilaren ved rehabilitering av hjerneslag er tidleg mobilisering. Så fort den kliniske tilstanden til pasienten tillèt det, bør mobiliseringa starte (Thommesen & Wyller, 2007). For pasientar ramma av hjerneslag handlar rehabilitering like mykje om det å skulle venne seg til ein heilt ny livssituasjon som det å skulle trene og gjennvinne sin fysiske funksjon. Behovet for -og lengda på rehabiliteringsprosessen varierer frå pasient til pasient (Helsedirektoratet, 2010, s. 91). Funn frå forskning viser at sjukepleiar er mest komfortabel med å ha ansvaret for faste pasientar, då ein får meir kontinuitet på rehabiliteringa. Funn viser også at pårørande kan vere ein ressurs med opplysningar om korleis pasienten var før slaget ramma, noko som kan vere til hjelp i rehabiliteringsprosessen (Struwe, Baernholdt, Noerholm & Lind, 2013).

3.7 Activities of daily living- ADL

ADL –begrepet er eit engelsk ord som står for Activities of daily Living. På norsk kallar vi ofte dette for dagleglivets aktivitetar. Vi kan bruke ADL –begrepet på to måtar. På den første måten kan vi sjå på det som eit samla begrep for spesielle aktivitetar. Aktivitetane dette kan dreie seg om kan vere eigenomsorg, mobilitet og hushaldning. Dersom ein mestrar desse ADL –aktivitetane er det med på å gi personleg uavhengigheit i forhold til andre menneske. På den andre måten kan ADL –begrepet sjåast på som eit arbeidsområde for ulike yrkesgrupper som er spesialiserte innan spesifikke fagfelt. Desse yrkesgruppene skal vere med på å fremme inkludering og deltaking i ulike aktivitetar for menneske med nedsett funksjonsevne (Tuntland, 2011, s. 17). Personar som har gjennomgått sjukdom og /eller har nedsett funksjonsevne kan trenge profesjonell hjelp til å mestre desse ADL – aktivitetane (Tuntland, 2011, s. 18). Forsking viser at sjukepleiar synest det kan vere vanskeleg å sjå

at pasientar slit under ADL-trening, men at sjukepleiar finn det givande å arbeide med pasientar ramma av hjerneslag (Barreca & Wilkins, 2008).

3.8 Individuell plan

Alle pasientar som har behov for koordinert og langvarig bistand er jf. pasient og brukarrettighetslova § 2-5 lovpålagde å få utarbeida ein individuell plan (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Mange pasientar ramma av hjerneslag har behov for langvarige tenester, og dermed rett på individuell plan (Helsedirektoratet, 2010, s. 107). Planen skal ta utgangspunkt i pasienten sine ynskjer, interesser, mål og forhåpningar for livet. Hensikta med individuelle plan er at dei tenester og ytingar som pasienten har behov for framstår som ei heilheit. God rehabilitering treng ikkje nødvendigvis å innehalde ein individuell plan. Nødvendig bistand som pasienten treng skal uansett ytast. Det er viktig at pasient og pårørande opplev eit tenestetilbod tilpassa deira situasjon. Dette forutset at dei ulike tenesteytarane samarbeider mot å nå måla pasienten har (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008, s. 136-137).

3.9 Slageining

Ei slageining er ei spesialavdeling for pasientar ramma av hjerneslag. Avdelinga tek føre seg både akuttbehandling og rehabilitering i etterkant av hjerneslaget. Sidan helsepersonell bidreg aktivt i rehabiliteringa vil opptrening og mobilisering av pasienten bli tilbydt gjennom heile døgnet. Bemanninga er derfor styrka i forhold til «vanlege» avdelingar. Dette for å kunne gi kvar enkelt pasient den oppfølginga han/ho treng. I slageininga vert det jobba i team beståande av legespesialist, sjukepleiar, fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. Teamet jobbar saman mot kartlegging av behandling, ressursar, mål for rehabilitering, og vidare oppfølging av pasienten i etterkant av utskriving (Indredavik, 2007).

4.0 Drøftingsdel

I følge Dalland vil drøfte seie å sjå noko frå ulike sider (Dalland, 2007). I denne delen av oppgåva skal eg drøfte problemstillinga mi opp mot relevant litteratur som eg har presentert i teorikapittelet og relevante erfaringar eg har frå arbeid ved rehabiliteringsavdeling.

4.1 sjukepleiar i møte med afasi -og apraksi utfall hos pasient under rehabilitering

Det som sjukepleiar seier og forklarar blir ofte hugsa i lang tid av både pasienten sjølv og dei pårørande. Det er derfor viktig at sjukepleiar investerer i det første møtet. Premissar for det vidare samarbeidet blir gjerne etablert i denne samtalen. På den andre sida får sjukepleiar ei spesiell utfordring i forhold til kommunikasjon med pasientar ramma av afasi (Finset, 2004). Dersom ein skal

legge til rette for god kommunikasjon, er det viktig å ha pasienten si merksemd før ein startar samtalen. Sidan mange pasientar med afasi har problem med både å få med seg –og forstå det som blir sagt, kan det vere til stor hjelp at sjukepleiar ikkje pratar for fort og for mykje i gongen. Pleiar bør også prate tydeleg og ikkje gi pasienten for mange valmoglegheiter å forhalde seg til (Landsforeningen for slagrammede, 2013).

Det kan likevel vere vanskeleg for pleiar og pasient å forstå kvarandre. Innimellom kan frustrasjonen bli så stor at pasienten reagerer med sinne og aggresjon. Det er då viktig at pleiar viser forståing og støttar pasienten (Lohne, Raknestangen, Mastad & Kjærnes, 2010). Sjølv om pleiar må spørje fleire gongar skal ein ikkje late som ein skjønar kva pasienten meiner. Pleiar bør då la pasienten få seg ei pause og prøve igjen etter ei stund. Eit godt hjelpemiddel for begge partar kan då vere bilder som er relaterte til orda. Pasienten kan på denne måten formidle behova sine (Landsforeningen for slagrammede, 2013). Bruk av bildekort var noko eg såg mykje brukt i praksis. Innimellom kunne pasienten ta feil av bilda, men eg erfarte at mange pasientar kunne ha stor nytte av dette, særleg i situasjonar der pasienten ville noko konkret, som toalettbesøk. Det vart også mykje brukt som formidling om når pasienten var tørst eller svoltent. Eg opplevde bruk av bilder som at dette kunne vere med på å trygge pasienten som på denne kunne formidle behovet sitt.

Dei aller fleste pasientar opplev det som trygt og godt å bli forstått og sett av sjukepleiar. Men pasientar er ulike og reagerer forskjellig på emosjonell kommunikasjon. Dersom pasienten er engstelig i utgangspunktet, kan han reagere med å bli meir urolig dersom sjukepleiar møter han med tema som er følelseslada (Finset, 2004). Travelbee seier kommunikasjon kan brukast til å gi hjelp og trekke andre mennesker nærmare, men kan og brukast til å såre og støte dei bort. Ho seier og at kommunikasjon kan brukast til å oppnå forandringar i sjukepleiesituasjonar (Travelbee, 2001). Sjukepleiar kan vere så målretta og løysingsorientert under rehabiliteringsarbeidet, at dette nokre gongar kan kome i vegen for relasjonen til pasienten. Ofte er ikkje pleiar oppmerksom nok på kva dette kroppsspråket formidlar. Det er derfor svært viktig at sjukepleiar hugsar på at nokre gongar treng pasienten mest av alt berre nokon som er til stades «gjennom stormen» (Finset, 2004).

Mange pasientar og pårørande kan oppleve apraksi som skremmande. Det er då viktig at sjukepleiar trør støttande til og informerer både pasienten og dei pårørande om apraksi og at det skyldast skadar etter hjerneslaget. Funn frå forskning viser at pårørande i mange tilfelle kan vere ein ressurs ved å hjelpe til med å formidle informasjon om pasienten sine vanar før hjerneslaget ramma (Struwe, Baernoldt, Noerholm & Lind, 2013). Sidan pasientar med apraksi ofte i tillegg har afasi, får dei vanskar med både å forstå og bruke språket i tillegg til at dei får vanskar med å bruke hendene. Dette kan føre til at pasienten kan sitte med følelsen av å vere forlegen og dum (Landsforeningen for

slagrammede, 2013). Mange pasientar kan i tillegg oppleve at apraksien blir meir framtrudande dersom dei føler seg utrygge eller blir stressa (Landsforeningen for slagrammede, 2013). Dersom pasienten opplev mestring som det å skulle prestere og bli målt, kan det bli ein negativ følelse rundt rehabiliteringa. Det at sjukepleiar legg til rette for positive opplevingar i en rehabiliteringssituasjon er derfor ein svært viktig del av det å skulle hjelpe pasienten (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008, s. 56). Resultat frå forskning viser at sjukepleiar sit med følelsen av å gjere ein viktig og givande jobb, men at det kan vere vanskelig å sjå pasienten slite under trening (Barreca & Wilkins, 2008).

4.2 Sjukepleiar i møte med emosjonelle forandringar hos pasient

Kari Martinsen meiner at uansett kva for sosial status, helseproblem, utfordrande oppfatningar eller oppførsel pasienten har, er sjukepleiar forplikta til å yte hjelp til pasienten. Det er dermed ikkje sagt at sjukepleiar ikkje kan setje grenser, men det skal ikkje føre til at pasienten blir dårlegare behandla enn andre pasientar (Nortvedt, 2012). Når eit hjerneslag rammar kan dette føre til endring av personlegdom og handlingsmønster hos pasienten. Pårørande kan dermed oppleve det som at pasienten har skifta personlegdom. I nokre tilfelle kan pårørande oppleve desse endringane som vanskelegare å takle enn kroppslege utfall hos pasienten (Landsforeningen for slagrammede, 2013). Pasientar ramma av venstresidig hjerneslag kan oppleve å ha vanskar med å starte på ein aktivitet og treng derfor hjelp til å setjast i gong. Sjølv om pasienten gjerne vil utføre aktiviteten, manglar initiativet til å setje i gong på grunn av skaden etter hjerneslaget. Sjukepleiar kan då hjelpe pasienten til å starte på aktiviteten, noko som kan føre til at pasienten deretter utfører aktiviteten sjølv. Ei anna forklaring på manglande initiativ kan vere at pasienten i tillegg til utfall er deprimert. Å skulle starte på ein aktivitet vert då ei endå større utfordring for pasienten (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2010). Funn frå studie viser at 20-40 % av alle hjerneslagpasientar opplev å bli ramma av depresjon i etterkant av hjerneslaget (Fure, 2006). Det er naturleg at pasienten vil føle sorg og fortvilning etter hjerneslaget. Kroppskontrollen kan vere nedsatt og pasienten kan frykte for framtida si. Pasienten kan dermed bli nedstemt, trist og motlaus (Landsforeningen for slagrammede 2013).

På den andre sida kan utfall som kan oppstå i etterkant av hjerneslaget likne på desse symptoma. Det kan derfor være ei stor utfordring for sjukepleiar å bedømme om pasienten er deprimert eller om det er utfall etter hjerneslaget som gir symptoma. Dersom sjukepleiar ikkje «fangar opp» at pasienten er deprimert kan dette føre til store tilleggsproblem for pasienten. Det er derfor svært viktig at sjukepleiar har god kunnskap om dette, og skapar ei trygt og god ramme for pasienten under rehabiliteringsprosessen (Landsforeningen for slagrammede, 2013). Funn frå forskning viser at sjukepleiar som arbeidar ved slageiningar sjølve er opptekne av at personalet skal ha høg kompetanse innan fagfeltet. Den seier og at sjukepleiar er mest komfortabel med å ha ansvaret for

sine egne pasientar i rehabiliteringsprosessen. På denne måten får sjukepleiar følelsen av å ha større oversikt når det gjeld å fylgje opp pasienten i rehabiliteringsprosessen (Struwe, Baernholdt, Noernholm & Lind, 2013). Likevel kan ein møte utfordringar rundt dette. Funn frå studie viser at det kan vere vanskeleg for somme sjukepleiarar å gå inn i depresjonsproblematikken til pasienten, noko som kan botne i usikkerheit hos pleiar. Grunnen til dette kan vere at nokre slageiningar vel å ha fokus på kompetanseheving innan dei fysiske utfalla hos pasienten (Fure, 2006).

Erfaringsmessig såg eg at pasientar kunne bli deprimerte i etterkant av hjerneslaget. I starten av opphaldet for pasienten, kunne det vere vanskeleg å vite om pasienten var deprimert eller om det var utfall etter hjerneslaget. Eg opplevde at etter kvart som ein blei betre kjend med pasienten kunne ein tydelegare sjå kva som var teikn på depresjon og kva som var teikn på utfall etter hjerneslaget. Eg opplevde også at det kunne vere ei vanskeleg tid for dei pårørande, men at dei gjerne bidrog til å fortelje om korleis pasienten var før hjerneslaget ramma. Funn frå studie viser at symptom på depresjon er vanskeleg både for pasienten og dei pårørande. Angst og depresjon kan i tillegg hindre betring i den nevrologiske funksjonen til pasienten etter hjerneslaget. Funn viser og at symptom på emosjonelle lidningar truleg er blant dei mest oversedde utfall etter eit hjerneslag (Fure, 2006).

4.3 Sjukepleiar i møte med pasient under ADL-trening, målsetjing og individuell plan

Når ein blir ramma av venstresidig hjerneslag kan pasienten oppleve utfall som lammelsar. Pasienten kan då oppleve at det som før var ein sjølvfølge no er knytt til hardt arbeid og strev å få til. For å kunne mestre dei daglege aktivitetane har mange pasientar eit overforbruk av krefter og treng derfor hjelp og tilrettelegging for å spare energi (Tuntland, 2011). Når ein skal hjelpe pasienten med tilrettelegging er det viktig å prøve å gjere så lite endring som mogleg frå det pasienten er van med frå før. Pasienten kan føle tilrettelegginga unaturleg dersom ein overdriv tiltaka og kan dermed setje seg til motverje (Tuntland, 2011). Tidleg tverfagleg vurdering er dermed viktig for å kartlegge pasienten sine ressursar og vanskar. Med dette kan ein unngå at problemstillingar og forslag til løysingar blir innsnevra i starten av rehabiliteringsprosessen (Conradi & Rand-Hendriksen, 2004). Resultat frå forskning viser at rehabilitering i slageining kan reduserer alvorleg funksjonshemming både på kort og lang sikt (Indredavik, 2007). Men for mange pasientar kan det vere vanskeleg å skulle forhalde seg til mange ulike yrkesgrupper (Finset, 2004). Det er derfor viktig at dei ulike yrkesgruppene og kvar enkelt team-medlem kommuniserer godt med kvarandre, og er samkjørte med tanke på pasienten. Grunnen til dette er at pasienten ikkje skal få ulik informasjon frå dei forskjellige yrkesgruppene (Finset, 2004). På den andre sida viser resultat frå forskning at kommunikasjonsvanskar mellom dei ulike yrkesgruppene kan oppstå innad i slageiningane (Barreca & Wilkins, 2008).

Idealet i samfunnet vårt i dag er sjølvhjelpne og uavhengige menneske. Dette kan føre til at pasienten føler ubehag under rehabiliteringsprosessen. Dersom pleiar respekterer sjølvråderetten til pasienten kan ein unngå dette (Normann, Sandvin & Thommesen, 2003). Mykje av det som gir oss menneske identitet og sjølvtilitt er kva for rolle vi har i vårt sosiale nettverk. Når ein opplev plutselig funksjonsnedsetjing kan dette tvinge oss ut av denne rolla, noko som kan opplevast svært dramatisk. Det kan derfor vere ein fordel å knytte måla opp til den rolla pasienten har. Hensikta, lysta og nytten av treninga blir då synleg for pasienten (Conradi & Rand-Henriksen, 2004).

Det å mestre ein ADL-aktivitet bekreftar eigen og andre si oppfatning av kven ein er. Gleda ved å vere sjølvstendig og å kunne noko, gir tryggleik, respekt og sjølvtilitt hos pasienten (Tuntland, 2011). Det er derfor viktig at treninga ser framover i tid og at den blir lagt til kvardagslege situasjonar som pasienten vil møte på (Tuntland, 2011). På den andre sida blir gjeremål og oppgåver først meiningsfulle dersom pasienten sjølv ynskjer å delta. ADL-treninga bør derfor innehalde ferdigheiter som pasienten ser meining i, for å skulle nå måla sine (Tuntland, 2011). Dersom pasienten ikkje finn måla nyttige eller lystbetonte, evnar han kanskje ikkje å bruke betydelege krefter over lang tid på å nå måla. Det er dermed viktig at desse har stor betyding for pasienten, då dette kan bidra til å mobilisere uthaldenheit og motivasjon. Utfordringar kan oppstå i situasjonar der pasienten har andre ynskjer -og målsetjingar enn det dei pårørande har for pasienten. Sjukepleiar kan då kome opp i etiske problemstillingar. Sjukepleiar bør då snakke med og ikkje imot verken pårørande eller pasienten. Det viktigaste for sjukepleiar blir å hugse på at ein har eit faglig ansvar overfor pasienten, og møte dei pårørande med medmenneskeleg respekt (Birkler, 2009).

På den andre sida kan det vere sjukepleiar som opplev pasienten sine forhåpningar og mål som urealistiske fagleg sett. sjukepleiar må då «forhandle» med pasienten, noko som kan vere utfordrande for begge partar (Conradi & Rand-Hendriksen, 2004). Mange rehabiliteringsforsøk kan runde ut i frustrasjon fordi ein tek for lett på målsetjinga. Det er derfor viktig at sjukepleiar realitetsorientar pasienten. Utfordringa med dette er at mange pleiarar synest det er følelsesmessig krevjande å skulle «skru ned» dei høge forventingane som pasienten sit med. Men dersom pleiar bagatelliserer eller forminskar konsekvensane av skaden, kan dette føre til forneking hos pasienten (Conradi & Rand-Hendriksen, 2004). Røkenes og Hanssen seier det er svært viktig å bli kjend med seg sjølv om ein skal arbeide med pasientar. Ein må kunne vere tilstades i seg sjølv som yrkesutøvar for å i vareta både pasienten og fagpersonens ve og vel. Dette inneber å ta i bruk sine erfaringar, ressursar og sterke sider. Fagfolk kan utgjere potensiell risiko for både seg sjølv og pasienten dersom han/ho ikkje kjenner seg sjølv. Ein kan kome til å invadere andre sin verden på ein krenkande måte dersom ein har vanskar med å setje grenser (Røkenes & Hanssen, 2002).

Det er sjukepleiar si oppgåve å forklare det forventa forløpet, både når det gjeld notid og på sikt i rehabiliteringsprosessen. Men det er svært viktig at pasienten sjølv er med på å definere måla før tiltak blir satt i verk (Conradi & Rand-Hendriksen, 2004). Mål og behov pasienten har skal skrivast inn i ein individuell plan. Dette forutset samtykke frå pasienten og samarbeid mellom ulike yrkesgrupper blir då nødvendig. Ei ansvarsgruppe har derfor ofte ansvaret for utforming av planen (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008). Mange pasientar opplev imidlertid at ei slik gruppe ofte ikkje tek det ansvaret den skal, og at samarbeidet mellom dei ulike yrkesgruppene ikkje fungerer slik det bør (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008). Dette kan endrast dersom pasienten får ein person å forhalde seg til- ein koordinator, som har hovudansvaret for utforming av planen. Dette kan føre til at det direkte behovet for samarbeid mellom dei andre yrkesgruppene blir redusert. Pleiar og pasienten kan då saman finne ut av kva for tenester og behov pasienten har, og seinare setje saman ei gruppe dersom dei synst det er nødvendig (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008). På den andre sida kan pasienten oppleve å ikkje få utarbeida ein individuell plan sjølv om det er lovpålagt, eller planen kan opplevast som mangelfull. Pasienten har då rett til å klage på dette til fylkesmannen (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008).

Eg opplevde i praksis at alle pasientar som samtykka fekk utarbeida ein individuell plan. Utfordringar eg derimot såg var at pasienten ikkje alltid såg behovet for individuell plan sjølv om behovet for oppfølging i etterkant av opphaldet var tilstades. Pårørande kunne då vere ein ressurs som pådrivar for å få utarbeida planen. Teori seier at vanlegvis vil personen sjølv eller familien ha best forutsetnad for å vite kva for behov som finns (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008).

5.0 Konklusjon

For at sjukepleiar kan legge til rette for rehabilitering av pasientar ramma av venstresidig hjerneslag, er det viktig at sjukepleiar har kunnskap og kompetanse om hjerneslag og dei ulike utfall dette kan føre til. Det er også viktig at sjukepleiar har kunnskap om rehabilitering for å yte helsehjelp for denne pasientgruppa. Resultat frå artiklar brukt i oppgåva viser at rehabilitering i slageiningar kan redusere alvorleg funksjonsheming på både kort og lang sikt.

For å legge til rette for god kommunikasjon hos pasientar ramma av afasi er det viktig med trygge rammer og at sjukepleiar snakkar tydeleg samtidig som ho har pasienten si merksemd. Pasientar ramma av venstresidig hjerneslag kan oppleve apraksi –utfall som skremmande. Det er då viktig med god informasjon frå sjukepleiar om at hjerneslaget er årsaka til desse vanskaner, og at sjukepleiar legg til rette for at pasienten skal oppleve mestring. Pasientar ramma av venstre-sidig hjerneslag kan

oppleve utfall som lammelsar på høgre side av kroppen. For at pasienten skal kunne mestre dei daglege aktivitetane er det viktig at sjukepleiar hjelper og legg til rette i ADL- trening. Pårørande kan i mange tilfelle bidra med informasjon om vanar pasienten hadde i forkant av slaget. Tidleg tverrfagleg vurdering er viktig for å kartlegge pasienten sin ressursar og vanskar. Det er viktig at sjukepleiar tek med pasienten i utforming av målsetting. For at pasienten skal finne hensikta av treninga, bør måla knytast opp mot den rolla pasienten har.

Resultat frå studie brukt i oppgåva viser at nesten halvparten av alle hjerneslagpasientar opplev å bli ramma av emosjonell lidning, som depresjon i etterkant av hjerneslaget. Sidan utfall etter hjerneslaget kan likne på emosjonelle lidingar, er det viktig at sjukepleiar har kunnskap for å kunne bedømme om pasienten er deprimert, eller om det er utfall etter hjerneslaget som gir desse symptoma. Dersom sjukepleiar ikkje fangar opp at pasienten er deprimert kan dette føre til store tilleggsvanskar for pasienten. Emosjonelle symptom som depresjon er truleg eit av dei mest oversedde utfall hos pasientar ved slageiningar. Det kjem fram at kunnskap om emosjonelle lidingar hos pasienten bør aukast hos sjukepleiarar i slageiningar.

6.0 Litteraturliste

- Barreca, S., & Wilkins, S. (2008). Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit. *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 36-44. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=431a7cd5-ab02-4a30-92ef-b258cb656e6c%40sessionmgr110&hid=117>
- Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (313-335). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Birkler, J. (2009). *ETISK HÅNDVÆRK HÅNDBTERING AF ETISKE DILEMMAER I KLINISK SYGEPLEIE*. København: Munksgaard Danmark.
- Conradi, S., & Rand-Hendriksen, S. (2004). Rehabiliteringsprosessen. I L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering NÅR LIVET BLIR ANNERLEDES* (35-39). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Finset, A. (2004). Kommunikasjon som en del av rehabiliteringsprosessen. I L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering NÅR LIVET BLIR ANNERLEDES* (41-45). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Frich, J., & Russel, D. (2007). Hjerneslag-en ny epoke. I J. Frich (Red.), *Hjerneslag* (6-6). Oslo: Den Norske Legeforening.
- Fure, B. (2007). Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer etter hjerneslag. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 2007; 127:1387-9. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1537392>
- Greve, E. (2007). AKTØRER I PROCESSEN-TVÆRFAGLIGHED. I L. Jensen, L. Petersen & G. Stokholm (Red.), *REHABILITERING TEORI OG PRAKSIS Samfundsmæssige rammer og barrierer for en helheds- og brugerorienteret rehabiliteringsindsats*. (159-176). København: Forfatterne og FADL's Forlag Aktieselskab.
- Helsedirektoratet. (2010). I B. Indredavik, R. Salvesen, H. Næss & D. Thorsvik (Red.), *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helse og- omsorgsdepartementet (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_4
- Indredavik, B. (2007). En effektiv slagenhet- hva er det? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 2007; 127:1214-8. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1527279>
- Indredavik, B. (2004). Hjerneslag. I L. L. Wekre & K. Vardberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering NÅR LIVET BLIR ANNERLEDES* (125-148). Bergen: Fagbokforlaget
- Kerty, E. (2007). Så ung og rammet av hjerneslag. I J. Frich (Red.), *Hjerneslag TIDSSKRIFTETS SKRIFTSERIE* (7-7). Oslo: Den Norske Legeforening.
- Landsforeningen for slagrammede. (2013). Hjerneslag Hjem-hva nå? Usynlige skader og vansker som følge av hjerneslag. Oslo: Landsforeningen for slagrammede.
- Landsforeningen For Slagrammede. (2012). *Skadeutfall – Venstre og høyre hjernehalvdel*. Hentet fra <http://www.slag.no/Hjerneslag/Skadeutfall-Venstre-og-hoyre-hjernehalvdel>
- Lie, I. (2001). *Rehabilitering og habilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lohne, V., Raknestangen, S., Mastad, V., & Kjærnes, I. (2010). Sykepleie ved sykdommer og skader i sentralnervesystemet. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *KLINISK SYKEPLEIE 2* (191-225). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, K. (2003). *OMSORG, SYKEPLEIE OG MEDISIN HISTORISK – FILOSOFISKE ESSAYS*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Normann, T., Sandvin, J. T., & Thommesen, H. (2008). *Om rehabilitering Mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Nortvedt, P. (2012). *OMTANKE Enn innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker –innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2002). *Bære eller Briste Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.



Skadeutfall - venstre og høyre hjernehalvdel. (2012). Hentet fra

<http://www.slag.no/Hjerneslag/Skadeutfall-Venstre-og-hoyre-hjernehalvdel>

St.meld. nr. 21 1998-1999 (1998). *Ansvar og meistring: Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*.

Oslo: Helse- og omsorgsdepartemanget. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>

Struwe, J. H., Baernholdt, M., Noerholm, V., & Lind, L. (2013). How is nursing care for stroke patients organized? Nurses views on best practices. *Journal of Nursing Management*, 21, 141-151.

Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=431a7cd5-ab02-4a30-92ef-b258cb656e6c%40sessionmgr110&hid=117>

Thommesen, B., & Wyller, T. B. (2007). Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskrift for*

Den Norske Legeforening, 2007; 127:1224-7. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1528302>

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL Teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Wergeland, A., Ryen, S., & Ødegaard-Olsen, T. G. (2011). Sykepleie ved hjerneslag. I H. Almås, D.-G.

Stubberud & R. Grønseth (Red.), *KLINSK SYKEPLIE 2* (261-284). Oslo: Gyldendal Akademisk.