

# Bacheloroppgave

## Pårørende til hjerneslagpasienter

SYKHB3001

Kandidat nr. 59



Høyskolen Stord/Haugesund

Avdeling Haugesund

Kull 2006

Våren 2009

Antall ord: 7314

## **Sammendrag**

Denne bacheloroppgaven handler om å være pårørende til hjerneslagpasienter og ivareta deres behov for informasjon i sykehus. I teorien er det lagt vekt på hva er hjerneslag, behovet for informasjon, familieperspektiv og pårørendes behov for mestring, trygghet, håp og kommunikasjonsferdigheter fra sykepleieren. Metodedelen forteller at oppgaven er bygget på litteraturstudie som er kvalitativ forskning. Søket etter litteratur og artikler er gjort på høyskolen sin nettside. I drøftingen har jeg satt teori opp mot funn i artiklene, der har jeg hatt fokus på sykepleiernes tilgjengelighet for pårørende og pårørendes mestring. Videre har jeg behovet for informasjon og samtale med underpunkter trygghet, håp og lidelse og kommunikasjon. Til slutt har jeg en konklusjon.

Søkeordene; stroke, relative, needs, caregivers, information, pårørende, hjerneslag, sykepleie til pårørende, kommunikasjon, trygghet, hjerneslag, informasjon, sykepleie, håp, mestring, sykepleieteoretikere, informasjon og sykehus.

## **Abstract**

This bachelor thesis is about to be relatives of stroke patients and safeguard their need for information in the hospital. In the theory there is an emphasis on what is stroke, the need for information, family perspective, and their need for mastery, confidence, hope and communication skills from the nurses. Method section describes the task is built on the literature study that is qualitative research. The search for literature and articles were made by the college's website. In the discussion, I've set theory to the findings in the articles, where I have been focused on the availability of nurses with relatives under their mastering. Further I have the need for information and conversation with the points of security, hope and suffering and communication. Finally, I have a conclusion.

Keywords; stroke, relative, needs, caregivers, information, relatives, stroke, sykepleie to family members, communication, confidence, stroke, information, nursing, hope, coping, nursing theoreticians, information, and hospitals.

*Noe*

*Å lytte*

*til ordene*

*fra det andre mennesket*

*kanskje ikke til alle ordene*

*men til dem som kommer dumpende*

*nærmest av vanvare, lytte*

*til klangen*

*til smilet i stemmen*

*hvis den smiler*

*eller den brutte tonen*

*i ordet som aldri skulle vært sagt*

*lytte*

*til pausen som plutselig er der*

*plutselig er for lang*

*og munnviken*

*som skjelver umerkelig, for*

*det er et eller annet*

*bakenom*

*noe bittelite kanskje*

*og meget ensomt*

*noe er det*

*noe...*

(Pryts, sitert i Kristoffersen og Nortvedt, 2005, s. 151)

# Innholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Innholdsfortegnelse .....</b>                                 | <b>4</b>  |
| <b>1.0 Innledning .....</b>                                      | <b>6</b>  |
| <b>1.1 Presentasjon av tema og problemstilling .....</b>         | <b>6</b>  |
| <b>1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling .....</b> | <b>6</b>  |
| <b>1.3 Målet med oppgaven .....</b>                              | <b>6</b>  |
| <b>1.4 Avgrensning av problemstilling .....</b>                  | <b>7</b>  |
| <b>2.0 Teoretisk tilnærming.....</b>                             | <b>8</b>  |
| <b>2.1 Hva er hjerneslag? .....</b>                              | <b>8</b>  |
| <b>2.2 Pårørendes plass i sykepleien .....</b>                   | <b>10</b> |
| <b>2.3 Behovet for informasjon .....</b>                         | <b>11</b> |
| <b>2.4 Sykepleieperspektiv.....</b>                              | <b>12</b> |
| <b>2.5 Pårørendes behov .....</b>                                | <b>13</b> |
| <b>2.5.1 Mestring .....</b>                                      | <b>13</b> |
| <b>2.5.2 Lidelse og håp .....</b>                                | <b>13</b> |
| <b>2.5.3 Trygghet .....</b>                                      | <b>14</b> |
| <b>2.5.4 Kommunikasjon .....</b>                                 | <b>14</b> |
| <b>3.0 Metode .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>3.1 Valg og begrunnelse av metode.....</b>                    | <b>16</b> |
| <b>3.2 Litteratursøkeprosessen.....</b>                          | <b>17</b> |
| <b>3.3 Forskningsetiske overveielser.....</b>                    | <b>18</b> |
| <b>3.4 Kvalitetskriterier .....</b>                              | <b>19</b> |
| <b>3.5 Kildekritikk.....</b>                                     | <b>19</b> |
| <b>4.0 Drøfting .....</b>  | <b>20</b> |
| <b>4.1 Sykepleierens tilgjengelighet for pårørende .....</b>     | <b>20</b> |

|   |    |
|---|----|
| 4.1.1 Pårørendes mestring .....           | 21 |
| 4.2 Målet med informasjon og samtale..... | 21 |
| 4.2.1 Lidelse og håp .....                | 24 |
| 4.2.2 Trygghet .....                      | 25 |
| 4.2.3 Kommunikasjon .....                 | 25 |
| 5.0 Konklusjon.....                       | 27 |
| Litteraturliste.....                      | 28 |

# 1.0 Innledning

## 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

**Tema:** Pårørende til hjerneslagpasienter

**Problemstilling:** Pårørende til hjerneslagpasienter; hvordan kan vi som sykepleiere ivareta pårørendes behov for informasjon i sykehus.

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Fra min erfaring i praksis på slagenheten så jeg det å få hjerneslag er en traumatisk opplevelse. Det er ikke kun pasienten som rammes, også pårørende opplever at deres hverdag blir forandret. De har et stort behov for informasjon om hva som har skjedd med deres nærmeste og ønsker å vite hva hjerneslag går ut på, hva slags prognose har deres pårørende og hva som skjer fremover. Dette er noe som ofte blir nedprioritet pga arbeidsmengde og akutte situasjoner som går foran tid til pårørende. Fokus blir som regel på pasienten og man glemmer av og til å reflektere hva slags tanker, følelser og behov de pårørende har når deres nærmeste rammes av hjerneslag. Når man hver dag går oppi denne settingen så mister man litt fokus på at pårørende opplever den nye livssituasjonen som dramatisk. Pårørende er en ressurs og kan være aktivt med i pleie og behandlingen til slagpasienten.

## 1.3 Målet med oppgaven

Målet med denne oppgaven er som sykepleier å bli mer oppmerksom på pårørende til hjerneslagpasienter i sykehus. De har ulike behov, men det som gjentar seg er behovet for informasjon. Å få informasjon og veiledning om hjerneslaget vil igjen kunne skape trygghet, og det er derfor viktig at sykepleieren som formidler dette har kunnskap om hjerneslag og kommuniserer profesjonelt med både pasienten og pårørende.

## **1.4 Avgrensning av problemstilling**

Hovedfokuset av sykepleie i bacheloroppgaven er på pårørende til hjerneslagpasienten i sykehus og deres behov for informasjon. Normalt sett så er dette fokuset på pasienten, men jeg ønsker å øke fokuset at sykepleiere ser på pårørende som en viktig del av pasienten. Min avgrensning for pårørendes behov er informasjon men har også fokus på samtalen mellom sykepleier og pårørende. Det er her det blir utvekslet informasjon og støtte. I oppgaven ønsker jeg også å få frem at pårørende gjennom informasjon søker trygghet, ha håp i lidelsen, mestring og med dette så krever det kommunikasjonsferdigheter fra sykepleieren. Jeg har også gått ut i fra at hjerneslagpasienten har pårørende som støtter dem og er der for dem.

## 2.0 Teoretisk tilnærming

### 2.1 Hva er hjerneslag?

I Norge rammes cirka 12 000 mennesker av hjerneslag og er en av våre tre store folkesykdommer. Hjerneslag er den tredje årsak som fører til død etter hjerteinfarkt og kreft, i tillegg så er det den viktigste årsaken til invaliditet i Norge (Thomassen, 2004).

Hjerneslag inntreffer når hjernen ikke får blodtilførsel til cellene i hjernen. Når blodtilførselen blir tilstoppet får ikke cellene oksygen og næringen som hjernen trenger. Dette tilsier at noen celler vil dø og andre vil bli skadet. Hvilke symptomer som viser seg er avhengig av hvor i hjernen hjerneslaget ligger og derfor er ingen hjerneslag like. 85 % av hjerneslagene skyldes hjerneinfarkt eller TIA, 15 % er hjerneblødning i hjernen eller i hjernehinnen (NFS, u.å.).

Wyller (2005) skriver at hjerneslag som oppstår av akutt iskemi skyldes enten en trombe eller en embolus, dette fører til hjerneinfarkt eller TIA (transitorisk iskemisk anfall). Ved TIA så oppstår utfallene plutselig men de fleste symptomene opphører innen 24 timer. Ved iskemi (hjerneinfarkt) så dannes det enten en trombe som kommer av ateroklerotisk stenose. Embolus stammer vanligvis fra trombemasser som er en frittflytende partikkel som kommer fra enten venstre hjertehalvdel, aorta eller fra de store arteriene som fører til hjernen. Når hjernecellene ikke får oksygen vil disse nervecellene dø. Ved hjerneblødning så vil dette skape et trykk i hjernen og er derfor mer dramatisk og dødeligheten viser seg å være høyere. Men ved overlevelse så vil de oppleve at nervecellene ikke er permanente ødelagte som gjør at de vil oppleve en større tilbakegang av sine funksjonsforstyrrelser.

Når slaget inntreffer så er det ulike symptomer som viser seg. De vanligste er halvsidig lammelse med nedsatt førlighet, forstyrrelse i språket (afasi) og synet, slapphet, nedsatt hukommelse, apraksi, dysfagi (svelgvansker) og neglekt. Det kan også komme emosjonelle forandringer som viser seg som nedstemthet, depresjon eller unaturlig oppstemthet. Hvor slaget er lokalisert og dets omfang viser hvilken grad og type funksjonsnedsettelse pasienten har. Bedring skjer hos de fleste som kan komme både spontant og i forbindelse med rehabilitering (Kirkevold, 2001-3).



Wergeland, Ryen og Olsen (2001) skriver at rehabilitering er: "Å rehabiliterer betyr å gjenopprette eller gjeninnsette i tidligere verdighet eller rettighet" (s. 781). Rehabilitering skjer allerede i løpet av det første døgnet. Denne treningen bygger på tett tverrfaglig samarbeid i avdelingen og alle bør ha felles målsetting. Som sykepleier er det viktig å oppmuntre og motivere pasienten for å gi optimale treningsmuligheter og dette krever kunnskap og innsikt. Det er sykepleieren som ser pasienten de fleste timene i døgnet og gjennom samarbeide med det tverrfaglige teamet i avdelingen så vil dette være avgjørende for gode rehabiliteringsresultater. Etter et hjerneslag så er det mange som har behov for videre rehabilitering etter hjemreisen. Det er da viktig å komme fort i gang med pårørendesamtaler for å gjøre denne overgangen så myk som mulig dvs. så fort det er mulig å kartlegge pasientens funksjonsnivå (Wergeland et al., 2001).

Thommessen og Wyller (2007) skriver at hjerneslag kan deles grovt inn i tre grupper som er uavhengig av grad av utfall:

*Gruppe 1 Lite slag/transitorisk iskemisk anfall (TIA)*

- Rask diagnostisk utredning
- Kartlegging og funksjonsvurdering
- Sekundær forebygging
- Informasjon til pasient og pårørende

*Gruppe 2 Moderate/store utfall*

- Diagnostikk og akuttmedisinsk behandling
- Overvåking og forebygging av komplikasjoner
- Tverrfaglig vurdering og rehabilitering
- Sekundære forebygging

*Gruppe 3 Omfattende utfall/terminalt syke pasienter*

- Diagnostikk og medisinsk behandling
- Omsorg og pleie (Thommessen og Wyller, 2007, s.1225)

I følge Thommessen og Wyller (2007) er ansvarsfordeling for pleie og behandling av pasienter med hjerneslag i slagenheten fordelt slik. Ansvaret for den medisinske behandlingen og rehabiliteringer har legen. Sykepleierens ansvar er å koordinere samarbeidet mellom de ulike aktørene og har ansvaret for pleien av pasienten. Begge deler er viktig da det er sykepleieren med hjelpepleieren som ser pasienten 24 timer i døgnet. Fysioterapeuten har

ansvar for tidlig mobiliseringsstart og funksjonsvurdering, ergoterapeuten tar utgangspunkt i ADL (dagliglivets aktiviteter) gjennom vurdering og trening. Logopeden har ansvaret når pasienten har afasi eller dysartri og i mange tilfeller svelgproblemer, de hjelper i tillegg personalet med å kommunisere med de som har språkproblemer

## **2.2 Pårørendes plass i sykepleien**

I følge Kirkevold (2001-2) så er pårørende i helsesektoren ikke tradisjonelt sett blitt integrert i behandling og pleie. I sykepleie og medisin så har den syke hovedsakelig vært i fokus men nå har integrering av familie/pårørende i dag fått et nyere perspektiv. Hvem er pårørende/familie? Wright og Leaheys har følgende definisjon: "Familien er det den enkelte identifiserer som familie" (sitert i Kirkevold, 2001-1, s.24). Som regel er pårørende oftest nær familie, som ektefelle, samboer, barn eller søsken, men det kan i tillegg være en venn eller venninne (Sand, 2001). Kirkevold (2001-1) forteller at i dagens samfunn så er familier ikke et ekteskap som alltid varer livet ut. Med skillsmisser, nye giftemål og samboerskap så vil kjernefamilien endres. Med dette så vil denne familiestrukturen kunne påvirke den sykes helse- og sykdomstilstand på flere måter. Familie har både positiv og negativ innvirkning på den sykes helse og velvære. Det vil da være en utfordring for sykepleieren å bidra til at familien blir tatt hånd om med omsorg og tilrettelegge for å ha den sykes beste interesse i hånd.

I følge Kirkevold (2001-3) er det mange som hevder at hjerneslag er en familiesykdom da det har en innvirkning på hele familien. I sykepleieperspektivet er hovedfokuset direkte på den som er direkte rammet av hjerneslag, men det er også viktig å se at pårørende er rammet av hjerneslaget. Hverdagen blir ofte forandret og dets innvirkning er påvirket av hvilken livssituasjon de har på det aktuelle tidspunktet slaget rammer. Det handler også om hva slags mestringmuligheter og hvilke ressurser de har, i tillegg slagets karakter med helsetilstanden til både pasienten og pårørende har i det aktuelle øyeblikket.

Det som er felles for pårørende er at de er bekymret for den syke. Når sykdom rammer familier så føler de et traumatisk brudd som forandrer livet. Pårørende opplever redsel og angst for fremtiden. Uvissheten av hvilke funksjonstap den syke kommer til å ha og forandringer i hverdagslivet da den syke ikke gjerne kommer til å klare de daglige

gjøremålene som de en gang gjorde. Samtidig så er det gjerne økonomiske endringer som bekymrer dem. Ofte vet de ikke om deres nærmeste kommer til å overleve sykdommen. Flere pårørende beskriver sykdommen som et *før* og *etter* (Sand, 2001).

## **2.3 Behovet for informasjon**

Å ivareta pårørendes behov for å informasjon og skape forståelse kan være komplisert da hjerneslag utvikler seg over tid skriver Kirkevold (2001-3). Videre forteller hun helsepersonell formidler ofte anatomiske og fysiologiske aspekter og kunnskapen formidles ofte muntlig. Pasient og pårørende ender da ofte med begrenset og misforståelse av det helsepersonellet formidler. Utfordring for helsepersonell er å utvikle informasjon og opplæring i form av programmer som kan gi pasienten og pårørende en god forståelse av hjerneslag og hva dette innebærer. Denne opplæringen bør gå over tid og flere ganger så de kan skape en større forståelse hva det å få hjerneslag og hva det innebærer. Å skape trygghet for pårørende ved å informere om viktige tiltak som utøves i prosessen kan bidra til mestring av den nye livssituasjonen. I sykepleieperspektivet er ikke oppskriften enkel, men det å vise innlevelse, engasjement og kommunikasjon vil kunne skape trygghet og forståelse.

Som sykepleiere har vi retningslinjer og lover som vi skal forholde oss til. I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 2. presiseres det at man skal ivareta pårørende, disse skal tas hånd om med respekt og omsorg (NSF, 2007). I pasientrettighetsloven § 3-3 ledd 1 ”Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.” Dette viser at pasientenes pårørende har rett på å få informasjon ved samtykke. Hvis samtykke ikke gis fra pasienten eller om det står nedskrevet i journalen at pårørende ikke skal få informasjon, så skal pasientens hensyn prioriteres (NSF, 2007 og pasrl § 3-3, ledd 1). Pasrl § 3-5 forteller at informasjonens form skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, i tillegg skal helsepersonell forsikre seg så langt det er mulig at innholdet og betydningen av informasjonen er forstått.

I følge artikkelen til Olsen og Engebretsen (2003) beskriver de at pårørende til den syke i sykehus har behov for informasjon og samtaler. Videre sier de 93, 7 % har behov for informasjon fortløpende om pasientens tilstand. Mange ønsker en samtale ved innleggelse som

skaper trygghet og en følelse av ivaretagelse. For sykepleierne er dette viktig å ha fokus på, men kan være en utfordring da informasjon og veiledning krever tid, og det kan være vanskelig i avdelingen da det er mange arbeidsoppgaver som skal utføres i løpet av arbeidsdagen. Pårørende ønsket også en sykepleier å forholde seg til og erfaringene viste at dette samarbeidet var til stor betydning for pårørende og det ville igjen bli til nytte for pasienten. Det var også viktig at informasjonen ble formidlet i et språk som ikke bestod av mange faguttrykk, og da forstod de fleste informasjonen som ble formidlet.

## **2.4 Sykepleieperspektiv**

Som sykepleieteoretiker har jeg valgt Joyce Travelbee da hun har en definisjon på sykepleie som inkluderer familie/pårørende:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s.29).

Travelbee (1999) forteller at det er ikke bare den syke som trenger å finne mening i sin sykdom, dette gjelder også familie. Den profesjonelle sykepleieren bør stille seg til disposisjon for familie. Hvordan familien behandles vil reflekteres via kommunikasjon tilbake til den syke. Sykepleiere har ulike syn på den sykes pårørende og enkelte har en forutatt mening om at disse er til en belastning som må tolereres. Når disse negative synsmåtene eksisterer så viser det at sykepleieren ikke ser på pårørende som faktiske mennesker med problemer. De små tiltakene som sykepleieren kan gjøre for å være tilgjengelige kan være å; hente en kopp kaffe eller lignende vil være til stor glede for pårørende. Dette vil skape anerkjennelse og trygghet.

I tillegg har Travelbee (1999) som mål å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og mennesket som behøver hjelp. Når sykdom inntreffer så kan sykepleieren hjelpe den syke til å finne mening i hvilke tiltak og regler som bør følges for å ha sykdommen under kontroll og bevare helsen. Som sykepleier så bør man prøve å forberede den syke og pårørende hvilke problemer de står overfor og hvordan disse kan håndteres. Dette kan skje i

form av undervisning og ved disse møtene så bør den syke og deres familie/pårørende være tilstede. Pårørende er de som ofte må være med å motivere den syke til å følge de nødvendige tiltak for å gjenvinne størst mulig helse. Som nærmeste pårørende har de rett til å vite hvilke helsetiltak som den syke bør følge, og denne informasjonen er for å kunne oppmuntre og motivere til å lære hvordan dette bør gjøres. Dette er for å hjelpe den syke og deres familie med å forebygge og mestre deres erfaringer med sykdom og lidelse.

## **2.5 Pårørendes behov**

### **2.5.1 Mestring**

Å mestre sykdom skaper individuelle reaksjoner og man forholder seg mest mulig til situasjonen der tanker og følelser bearbeides. Når det skjer store endringer i livet som sykdom så kan personene som er involvert komme i en krisereaksjon. Traumatiske kriser som store påkjenninger av plutselig sykdom kan skape store belastninger for et menneske. Første reaksjonene kan være benektelse og man vil reagere med forsvar og tankene og følelsene styres unna. Denne fasen vil etter hvert gå over i den fasen hvor man bearbeider hva som har skjedd. Man bør prøve å få kontroll på ens følelser samt å få en bedre forståelse av sykdommen med å ta et praktisk grep om sykdommen for å gjøre den mindre belastende (Eide og Eide, 2007).

### **2.5.2 Lidelse og håp**

I studiet til Lindquist og Dahlberg (2002) så viser pårørende til hjerneslagpasienter at til tross for deres uro og usikkerhet på fremtiden, så håper de at den syke viser bedring. De ser etter tegn på at den syke har fremskritt og når de opplever forbedringer så føler de optimisme over fremtiden. I følge Hollméus-Nilsson (2002) er pårørende i sin situasjon preget av lidelse og lyst, kjærlighet og fortvilelse. Når deres nærmeste er syk så vekker dette sterke følelser da de er knyttet til pasienten med sterke bånd. De opplever ofte mangfold av følelser som tærer på dem og opplever ofte at de føler seg tvunget til å holde disse for seg selv som igjen øker byrden. Deres kjærlighet til den syke gir kraft og de opplever at de er viktig for pasienten. Samtidig er det viktig for sykepleiere å reflektere og tilegne seg kunnskap overfor pårørendes betydning for pasienten. Dette vil skape økt kompetanse for sykepleieren når de møter pårørende. Å dele pårørendes lidelse vil kunne avlaste byrden de sitter med, å dele lidelse med

sykepleieren så vil lidelsen kunne lindres. Dette kan føre til at samhørigheten mellom pasient og pårørende som videre kan få dem til å føle at de modnes som mennesker gjennom samhørighet og forandring. Pårørendes betydning bør verdsettes mer av sykepleierne og sørge for at de får en sentral og selvfølgelig plass i sykepleien. Ved deling av lidelse så vil pårørende og pasienten kunne oppleve gjensidighet, kjærlighet, tro og håp. ”Den pårørende er håpets budbærer til pasienten og kan bidra til å vise vei ut av lidelsen, noe som innebærer at både den pårørende og pasienten lettere forsoner seg med situasjonen” (Hollmérus-Nilsson, 2002, s.183).

### **2.5.3 Trygghet**

Thorsen (2005) forteller at begrepet trygghet er et grunnleggende behov. Videre sier han trygghet er en viktig del av menneskers liv og kan ses i omsorgen, som i gjerningene, i tonefallet, i faktene og i stillheten (det usagte). Når mennesker blir innlagt på sykehus så forteller de om de små øyeblikkene som når noen ser deg. Den lille oppmerksomheten du får der og da vil oppleves som stort senere og som sykepleier har du betydd mer enn man aner for det mennesket som du har vidd oppmerksomhet. Som menneske har vi mange behov men noe av det viktigste er å få oppmerksomhet. Sykepleieren må våge å være tilstede når det andre menneske trenger deg, der og da, samtidig være åpen og lyttende til personen som trenger det. Spesielt når et annet menneske er i krise, som når de er innlagt i sykehus. Dette vil skape trygghet. I følge Eide og Eide (2007) så gir god informasjon av helsepersonell trygghet. Informasjon hjelper den som har behov for dette til å kunne forutse hva som kommer til å skje og det kan gi et grunnlag for å få en oversikt over situasjonen.

### **2.5.4 Kommunikasjon**

I arbeidssammenheng kommuniserer vi ikke som privatpersoner, kommunikasjonen vi yter i helseyrket er som fagperson- hjelper. Som profesjonsutøver har vi en rolle som har den hjelpende funksjon som består av faglig kompetanse. Denne rollen viser at det er en forpliktelse å ivareta menneskers behov, fremme likeverd og respekt. Et hjelpemiddel for å forstå personene som trenger hjelp er gode kommunikasjonsferdigheter. Vi skal yte bedre hjelp, støtte og vise omsorg gjennom å skape et godt samarbeide og allianse med den som søker hjelp. Når informasjon skal gis er det viktig at mengden er tilpasset situasjonen da det er

fare for å bli over- og understimulert. Når mennesker er i en krisesituasjon er det viktig å være oppmerksom på at situasjonen vil påvirke deres evne til å ta imot og bearbeide informasjonen. Noen trenger å få samme informasjonen flere ganger da evnen deres der og da ikke klarer å fange opp formidlingen av den informasjon som gis (Eide og Eide, 2004).

Travelbee (1999) skriver når sykepleieren møter den hun har omsorg for så skjer det kommunikasjon mellom dem og dette viser seg gjennom samtaler og ved taushet. Gjennom verbal kommunikasjon så skjer dette ved hjelp av ord som gis enten skriftlig eller muntlig. Non-verbal kommunikasjon viser seg gjennom gjester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser og dette kan også ses i lyder som gråt, skriking og stønning. Kommunikasjon viser seg å være en gjensidig prosess der sykepleieren søker og gir informasjon. For å komme frem til den sykes individuelle behov så forsøker sykepleieren gjennom kommunikasjon å finne disse behovene. Det er viktig at sykepleieren ikke tolker sine egne behov inn i vedkommende og prøver å sette seg inn i deres situasjon. Men i stedet prøver på det mulige å forstå hvordan sykdomserfaringen påvirker det aktuelle individet som faktisk gjennomgår sykdommen. Alle mennesker er forskjellige og reagerer på sykdom individuelt og derfor er det viktig å prøve å bli kjent med den hun har omsorg for. Dette er for å hjelpe menneskene som har behov for å mestre sykdom og lidelse.

## 3.0 Metode

”Tranøy definerer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare” (sitert i Dalland, 2000, s.71).

I følge Dalland (2000) så deler man ofte inn metoden i kvalitativ og kvantitativ metode, spesielt innenfor samfunnsvitenskapen. Kvalitative metode tar for seg opplevelse og prøver å fange opp meninger. Forskeren går i dybden for å få opplysninger om det de undersøker. Datainnsamling/intervjuene skjer direkte i feltet og man prøver å fange opp det som er spesielt. Det finnes ikke svaralternativer da svarene gis ut fra erfaringer og opplevelse. Kvantitativ metode bygger på å få presisert det man undersøker og man går i bredden. Spørsmålene har faste svaralternativer og studiet er systematisk og strukturert. Forskeren vil se fenomenet utenfra og vil ta sikte på å være nøytral og holde avstand. Undersøkelsespersonen vil være adskilt fra forsker i forskjell til kvalitativ forskning.

### 3.1 Valg og begrunnelse av metode

Metoden som er valgt for oppgaven er en litteraturstudie, kvalitativ forskning som er basert på andres funn i vitenskapeligere artikler og litteraturbøker som er skrevet av fagfolk. Litteraturen som velges skal kunne gi svaret på problemstillingen. I følge Olsson og Sørensen (2003) er litteraturstudie en oppgave som bruker metoden som viser hvilken bakgrunn, formål, stilling av spørsmål og hvilken innsamlingsmetode av litteratur som blir brukt. Informasjonskilden er litteraturen som bruker innsamlingsdata på samme måte en informant blir intervjuet av en intervjuer. I følge Forsberg og Wengström (2008) er vurdering av data er en stor del av litteraturstudier samt er det viktig å ikke ta data ut av sammenheng for å belyse oppgaven til det bedre.

Det som er fordelen med denne valgte metoden er at litteraturen er skrevet av fagfolk og artiklene er fagfellevurdert. Mindre fordeler er at man finner lite litteratur som belyser temaet pårørende til hjerneslagpasienter og det er vanskelig å velge ut hvilken litteratur som er best egnet i oppgaven for å ikke gjøre den for generell.



Begrunnelsen for valgt metode er at litteraturstudie vil øke kunnskapsnivået som sykepleier. Man må lese en del litteratur om emnet som oppgaven baseres på, om litteraturen som leses ikke er relevant for oppgaven så økes kun kunnskapen om sykepleie. I tillegg så er søking og lesing med vurdering av vitenskapelige artikler med på å øke kunnskapen om sykepleie. Når vi er ferdige sykepleiere så er vi forpliktet å oppdatere oss innen nyere forskning og da er det viktig at vi vet hvilke kriterier som kan brukes i praksis.

### **3.2 Litteratursøkeprosessen**

Litteratursøkingen er gjort på bibliotekets internettside "helsefaglige ressurser" på høyskolen Stord/Haugesund.

I *Vård i Norden* sin søkemonitor brukte jeg søkeordet *stroke*. Fikk da opp 22 treff og den artikkelen som er relevant for oppgaven er skrevet av Lindquist og Dahlberg (2002).

Den andre artikkelen ble søkt i basen *SveMed+* hvor jeg brukte søkeordet *stroke*, fikk 892 treff, la etterpå inn søkeordet *relative* og fikk 44 treff. Ved kombinasjon av disse to søkeordene stod det igjen 3 treff. Av disse så var det denne artikkelen som var mest relevant for oppgaven skrevet av Wallengren, Friberg og Segesten (2008).

Neste artikkel ble søkt i basen *Academic Search Premier*, søkeordene som ble brukt: *stroke*, *relative*, *needs*, *hospital*. Fikk 35 treff, og valgte artikkelen skrevet av van der Smagt-Duijnste, Hamers og Abu-Saad (2000).

Den norske artikkelen som er valgt er funnet i *Sykepleien*, søkeordene: *pårørende*, *informasjon* og *sykehus*. Fikk da 824 treff, valgte da å klikke på: *Se kun treff i Fagartikler innen Fagutvikling/Forskning* og endte opp med 24 treff. Valgte da artikkelen som er skrevet av to sykepleiere, Olsen og Engebretsen (2003) som er kliniske spesialister i medisin.

Videre søkte jeg i basen *ProQuest* og brukte søkeorden: *stroke*, *needs*, *caregivers* og *information*. I tillegg så trykte jeg på: *full text documents only* og da fikk jeg 13 treff. Den artikkelen som var relevant for min oppgave er skrevet av O'Connell, Baker og Prosser (2003).

I *Tidsskrift for Den norske legeforening* brukte jeg søkeordene: hjerneslag og sykehus\* og fikk 7 treff. Valgte da artikkelen som er skrevet av to leger som har erfaring med hjerneslagpasienter, Thommessen og Wyller (2007).

I tillegg til forskningsartiklene har jeg gjennomgått litteratur på biblioteket som kan gi hjelp til å svare på problemstillingen. Søkte på bibliotekets internettside *BIBSYS* og la inn søkeordene *hjerneslag, pårørende og informasjon*. Fikk da ingen treff, valgte å ta vekk *informasjon* og stod igjen med 17 treff, av disse så fant jeg noen bøker som jeg har funnet relevant for oppgaven.

Pensumbøker har jeg gått igjennom og sett etter: *sykepleie til pårørende, kommunikasjon, trygghet, håp, mestring, hjerneslag, informasjon og sykepleie samt sykepleieteoretikere*. Fant da en del stoff som er med på å besvare spørsmålet i problemstillingen. Disse bøkene er skrevet av fagfeller hvor flere er sykepleiere.

### **3.3 Forskningsetiske overveielser**

Forskningsetikk bygger på å beskytte personene som er med i undersøkelsene. For å ivareta menneskene som inngår i forskninger finnes det lovbestemmelser for bruk av persondata. Forskeren har taushetsplikt og man skal legge til rette at ikke personen kan gjenkjennes, dette gjøres ved å anonymisere intervjupersonene. I tillegg så er det viktig at personene i undersøkelsene har gitt sitt samtykke og man bør legge til rette at de som inngår i forskningen styrker sin autonomi og selvstendighet. Det skal ikke oppleves å bli presset eller ført bak lyset fra forskerens side (Dalland, 2000).

Dalland (2000) skriver at i planleggingsfasen av et studiet så bør man reflektere over hvem som kan dra nytte av valget av tema og problemstilling. I tillegg så kan dette bidra til å forbedre prosjektet og gjøre det mer spennende for forfatteren for å nå målet med oppgaven. I følge Forsberg og Wengström (2008) så er det viktig at før man setter i gang med et systematisk studie at etiske overveielser gjøres. Dette gjøres ved at forskningsartikler som velges har fått godkjent oppgaven gjennom en etisk komité eller nøye etiske overveielser er blitt gjort. Kritisk granskning av artikkelen skjer før publisering og det er tidsskriftet sine fagfolk som vurderer om oppgaven er god nok til å publiseres.

### **3.4 Kvalitetskriterier**

For å kvalitetssikre studiet sin totale kvalitet skriver Forsberg og Wengström (2008) at man bør identifisere og vurdere de relevante studier. Dette gjøres ved å svare på disse spørsmålene:

- Vilket är syftet med undersökningen?
- Vilka resultat erhöles?
- Är resultaten giltiga? (Forsberg og Wengström, s. 122, 2008).

I tillegg skriver de at man kan gå gjennom en sjekklste for artikler (Forsberg og Wengström, 2008, s.206) som gjelder kvalitative artikler. Dette er med på å kvalitetssikre forskningsartiklene som er valgt ut for å belyse studiet og som jeg har brukt aktivt.

### **3.5 Kildekritikk**

Begrunnelse av valg av litteratur er med å vise at hvilken relevans og gyldighet den har i studiet. I helsesektoren vokser fagfeltet raskt og det viser seg å være nødvendig å belyse om litteraturen oppdatert til nåværende tid. Samtidig så kan det være en utfordring å finne fagstoff som ikke er sekundærlitteratur dvs. som er fortolket og oversatt av en annen enn forfatteren av litteraturen (Dalland, 2000). All litteratur som er valgt for oppgaven er ikke skrevet senere enn år 1999. Unntaket er boka som er skrevet av Joyce Travelbee som er en oversettelse, hennes seneste utgave er skrevet i 1971, men hennes tanker om sykepleie er absolutt noe som holder mål også i dag.

## 4.0 Drøfting

### 4.1 Sykepleierens tilgjengelighet for pårørende

Min erfaring fra praksis viser det å være sykepleier ikke kun handler om pasienten i slagenheten. Det omfatter også å være tilgjengelig for pårørende. Som sykepleier er vi som tidligere nevnt i punkt 2.3 underlagt lover og regler med de yrkesetiske retningslinjene hvordan vi skal opptre overfor pårørende. Når pårørende opplever at deres nærmeste har fått hjerneslag, så er de redde og fortvilet over situasjonen, de ønsker at helsepersonellet ser dem og er tilgjengelige. I følge Kirkevold (2001-3), Travelbee (1999) og Mikkelsen (2000) så bør sykepleieren være tilgjengelig, spesielt i visittiden for pårørende. Kirkevold (2001-3) skriver at sykepleierens tilnærming til pårørende fordrer en aktiv tilnærming. Dette er for å anerkjenne at de pårørende har behov for hjelp og støtte for å mestre situasjonen som de er oppi. For å få dette til så bør det legges til rette for samtaler med pårørende og vise at sykepleieren ser dem og ønsker å hjelpe. I studiene til Wallengren et al., (2008), O'Connell et al., (2003) og Lindquist og Dahlberg (2002) så opplever pårørende at de er usynlige og føler seg ikke sett av sykepleieren. Selv om noen føler at sykepleiere gjør seg tilgjengelige for samtale og informasjon, viser studiene at det er rom for å bli bedre. Å være der for pårørende vil igjen ha positiv effekt overfor pasienten.

I studiet van der Smagt-Duijnsteet et al., (2000) har utført fant de ut at pårørende ønsker helsepersonellet å være tilgjengelige for dem til pasienten og til informasjon. Når pasientene hadde hatt en undersøkelse eller hvis pårørende lurte på hvordan dagen til pasienten hadde vært så fikk mange beskjed om å vente til ansvarlig sykepleier var tilgjengelig. Helst få en time for å få denne informasjonen. I tillegg synes de det var vanskelig å spørre sykepleierne om informasjon da de så at de var travelt opptatt. Flere pårørende ønsket å være med å hjelpe sykepleieren med å pleie pasienten. Pårørende er veldig takknemmelige for å være med aktivt i behandlingen når deres nærmeste ligger på sykehuset og er rammet av hjerneslag, dette grunnes ut i maktesløshet og det er godt å få føle at de kan gjøre for den syke. De ønsket også at helsepersonellet så på dem som ekspert på pasientens historie og følelser (van der Smagt-Duijnsteet et al., 2000 & Lindquist og Dahlberg, 2002).

### **4.1.1 Pårørendes mestring**

Ved å gjøre sykepleieren mer tilgjengelig for pårørende så kan man gjennom samtale og informasjon hjelpe dem til å mestre situasjonen. Erfaringsmessig så synes de det er godt å ha noen å snakke med som er mer objektive til situasjonen de befinner seg i. I studiet til Lindquist og Dahlberg (2002) forteller de at pårørende bruker individuelle mestringsstrategier i en forandret livssituasjon. Hvordan den syke og pårørende tilpasser seg hjerneslaget er et grunnleggende spørsmål for sykepleieren. Det finnes store individuelle variasjoner. Noen pårørende uttrykker stor følelsesmessig frustrasjon, andre har problemløsende frustrasjon over deres innstilling til det som venter dem. Det er da viktig for sykepleieren å støtte pårørende i denne prosessen og det er viktig å ha kunnskap om ulike mestringsstrategier. Med dette så mener de at sykepleieren må møte hvert individ i den unike situasjonen de befinner seg i. For at sykepleieren skal kunne gi sin hjelp og støtte betyr dette at vi skal se de individuelle behovene og vi bør finne en effektiv måte å kunne støtte dem som lider. Målet blir da å lytte med interesse og prøve å forstå deres ulike fortellinger om hvordan de ser sin livssituasjon. Henviser til punkt 2.5.2 hva Eide og Eide (2007) har skrevet om mestring. Det å prøve å få kontroll deres ulike følelser vil bedre deres forståelse om sykdommen som igjen vil gjøre det mindre belastende under den vanskelige situasjonen.

### **4.2 Målet med informasjon og samtale**

Pårørende til hjerneslagpasienter har et stort behov for informasjon om hvordan det går med deres nærmeste. De er engstelig for fremtiden og trenger samtaler med personalet om hva som har skjedd og hva som kommer til å skje videre. Hva er målet med informasjon til pårørende? Det er for å skape trygghet, gi dem håp i lidelsen og dette gjøres med samtale. Hjort (2006) forteller det er å gi informasjon kan være både til skrekk eller glede. Han sier mange klager over at informasjonen som blir gitt er utforståelig eller er blitt gitt på en ufølsom måte. Noen føler at ikke informasjon er blitt gitt i det hele tatt. Hans anbefalinger er når informasjon gis, er det viktig å velge et passende sted, sørge for ro og tid og aldri gi informasjon stående på gangen. Samtidig er det viktig at informasjonen gis med empati. Regionsykehuset i Trondheim (2001) anbefaler å møte pårørende på det nivået og den tilstanden de befinner seg i. I tillegg så bør informasjonen som gis være om hva som gjøres og hvorfor, spesielt der hvor pasienten er dårlig. Etablering av god kontakt og samarbeid er viktig fra første stund da

pårørende er en viktig ressurs for pasientens behandlings- og rehabiliteringsfase. Denne kontakten bør prioriteres og det bør settes av tid for å informere og veilede pårørende for å integrere dem i behandling som stimulering av pasienten. Et sitat som var uthevet: ”NB: Vær aldri avvisende mot pårørende. Er det travelt, så si at du vil komme tilbake senere, og husk å gjøre det” (RIT, 2001, s.34). For oss som sykepleiere så vil en aktiv tilnærming til pårørende være med å skape god kontakt der de kan komme med spørsmål.

I følge Kirkevold (2001-3) når en familie er rammet av hjerneslagslag må sykepleien ha to fokus. Det ene er at sykepleien må være rettet mot det enkelte familiemedlem, enten pasient eller nærmeste pårørende. Det andre må være rettet mot familien som en enhet. Det todelte fokuset viser seg å være viktig for både pasientens og pårørendes situasjon for deres helse og velvære. Dette er for å gi optimal hjelp og sykepleien må bygges på kunnskap om sykdommen og dens behandling. Gjennom sykdomsfasen så endrer behovet seg for hjelp og informasjon, da rekonvalesensfasen påvirkes av forskjellige faktorer i pasients og pårørendes liv. Som overordnede mål for sykepleien er å lindre lidelse, skape mening i situasjonen og hjelpe familien til å mestre den nye livssituasjon. I studiet til Lindquist og Dahlberg (2002) så skriver de at det er viktig å se pasient med pårørende som en helhet da hjerneslag påvirker hele familien.

Hvordan kan vi legge til rette for at pårørende kan få den informasjonen som de har behov for? På slagenhetene arbeider personalet i et tverrfaglig team og det bør absolutt være en fordel å ha samtaler sammen med pårørende og pasienten om mulig for å gi informasjon som de har behov for. Det tverrfaglige teamet arbeider sammen for å gi pasientene best mulig pleie og behandling. En av informantene (sykepleier) i hovedoppgaven til Mikkelsen (2000) anbefalte å ta med pårørende under rehabilitering så de kunne få føle seg involvert i pleie og behandling. I følge Thommessen og Wyller (2007) så er det viktig for pårørende å trekkes inn i prosessen i hjerneslagpasientens rehabilitering. For å nå dette bør teamet ha formelle møter minst en gang i uken og uformelle møter utenom som omhandler pasienten. I mange slagenheter er der egne slagsykepleiere som har en stor nøkkelrolle. Disse har en koordinerende rolle over behandling og pleie i tillegg til å ha ansvaret over undervisning og kontinuerlig kompetansebygging blant personalet i slagenheten. Det er pleiepersonalet som er hos pasienten 24/7 og det viser at disse har en viktig rolle for å skape best mulig behandling og pleie for pasienten.

I hovedoppgaven til Mikkelsen (2000) så anbefaler hun å informere og veilede pårørende etter tre tidsperspektiv, dette etter hvilken krisefase pasienten og pårørende befinner seg. Dette grunner ut i at de har ulik behov for informasjon i disse tidsperspektivene. I intervjuene med sykepleierne som arbeidet i slagenheten så fant hun ut at de var enige om at det første møte med pårørende var det nødvendig å prøve å roe ned situasjonen. Dette ut i fra at pasienten og pårørende var i sjokk og i en krisesituasjon. Etter det så prøvde de kort å fortelle hva som hadde skjedd med pasienten og hva som kom til å skje de neste dagene. I tillegg så fortalte de hvordan det tverrfaglige samarbeidet fungerte i avdelingen rundt pasienten. Alle sykepleierne var enige om at det var viktig å gi kort informasjon i denne fasen. I fase to så anbefales det å ha ”pårørendemøte” som avholdes ca en uke etter innleggelse. Der samles alle som arbeider i det tverrfaglige teamet som er: legen, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, hjelpepleier og eventuelt sosionom og logoped. Her legges det opp status over hvor pasienten står i forhold til sin rehabilitering og hva som bør gjøres videre med pasienten. Møtet inkluderer også om det skal søkes om hjelp i hjemmet, om hjemmet må tilrettelegges pasienten eller om det er gunstig å ha et rehabiliteringsopphold på en annen institusjon, eller eventuelt sykehjemsopphold. Fase tre er mot utskrivelse, der bør det legges vekt på hva som kommer til å skje videre, gjerne skal de få hjemmesykepleie. Samtalen bør legges opp etter primissene til pasient og pårørende. Hun legger også vekt på at pårørende må oppmuntre pasienten til å være uavhengig og at pårørende ikke må glemme å ta seg tid til seg selv.

I dagens samfunn så er internett et sted hvor pårørende kan finne informasjon om hjerneslag, om de ikke har tilgang til internett så er det brosjyrer på avdelingen som de kan få. Min erfaring er at pårørende setter pris på å få en mappe med ulike brosjyrer for å hjelpe dem til å øke forståelsen hva som har skjedd. Det finnes også foreninger/organisasjoner som ønsker å hjelpe de rammede og deres pårørende. Mange pårørende ønsker å snakke med andre som har selv har erfart å være pårørende til hjerneslagpasienter. For oss som sykepleiere så bør vi informere om at det eksisterer slike tilbud til dem, og det er da opp til dem selv om de ønsker å benytte dette tilbudet. I studiet til Olsen og Engebretsen (2003) så forteller de at i dag så kan pårørende søke etter informasjon på internett. Det blir da viktig at informasjonen som gis av personalet har et godt samarbeid slik at informasjonen er samstemt og riktig. Det ble også undersøkt om pårørende forstod informasjonen som ble gitt og at det ikke ble brukt vanskelig faguttrykk. Funnet var at pårørende gav uttrykk for at ordene som ble formidlet var forståelige. I følge studiet til O`Connell et al., (2003) så var skriftlig informasjon et viktig

behov i tillegg til muntlig informasjon. Grunnen var at de følte det var viktig å kunne lese om hjerneslag og deretter spørre om det de ikke forstod.

Når hjerneslaget inntreffer så er både pasient og pårørende i en krisesituasjon og livet blir ”satt på hodet”. Når undersøkelsene viser at det primære behovet til pårørende er informasjon så bør vi som helsepersonell bidra til at de får dette behovet dekket. I avdelingene er det ofte travelt og det er da hensiktsmessig at vi lager en mappe med ulike informasjonsbrosjyrer så de pårørende kan få det skriftlig. Dette viser at det bør gjøres rutinemessig i tillegg til muntlig informasjon. I studiet til O’Connell et al., (2003) så fant de ut at pårørende savnet informasjon ved innleggelse i sykehus. De savnet både muntlig og skriftlig informasjon og dette førte til utrygghet. Ofte opplevde de at de måtte selv aktivt spørre etter denne informasjonen. Det som var et interessant funn var at helsepersonellet ofte hadde skriftlig informasjon i form av brosjyrer, men dette var ikke rutine å gi disse ut. Samtidig så fant de ut at de pårørende som ikke aktivt selv spurte om informasjon de ble ”left in the dark” og ble ikke involvert i pleie og behandlingen av deres nærmeste. For sykepleiere så er det viktig å ha fokus på informasjon da vi ser fortvilelsen til pårørende til hjerneslagrammede sitter igjen med når de føler de ikke får den informasjonen de føler de har krav på. Som nevnt i punkt 2.3 så har de krav på dette i forhold til regelverket.

#### **4.2.1 Lidelse og håp**

Hollméus-Nilsson (2002) skriver i punkt 2.5.2 når sykepleieren deler pårørendes lidelse så er dette med på å skape håp. I følge Travelbee (1999) er sykepleierens oppgave å hjelpe mennesker i lidelse å skape håp. Vi ”gir” ikke mennesker håp men legger til rette så de kan føle håp. For å skape håp så må sykepleieren gjøre seg tilgjengelig og være villig til å hjelpe. I følge studiet til Wallengren et al., (2008) så er søker pårørende til hjerneslagpasienten etter orden i kaoset. De prøver å forstå hva som har skjedd og ønsker at sykepleier er tilgjengelig. Et annet funn var at pårørende trengte i bli sett av helsepersonellet for å skape håp. De føler å bli en skygge av seg selv etter at livet er blitt kaotisk. Gjennom samtale og informasjon så viser vi oss å være tilgjengelige for støtte, dette skriver Travelbee (1999) og Kirkevold (2001-3) er viktig. I studiet til Lindquist og Dahlberg (2002) så kjenner pårørende seg optimistiske når de vet at den syke får god pleie og behandling av personalet, dette gir også håp om at det vil skje en forbedring av funksjonene til pasienten.



## 4.2.2 Trygghet

Som nevnt i punkt 2.5.3 er trygghet et grunnleggende behov. Når vi som helsepersonell informerer den som har behov for informasjon er det for å skape trygghet så de vet hva som skjer og eventuelt hva som venter dem. I studiet til Olsen og Engebretsen (2003) var et av funnene at informasjon var det viktigste for å føle trygghet. Undersøkelsen viste generelt sett at de fleste pårørende ønsket informasjon og samtaler. Ved innleggelse ønsket flere en samtale da de følte at dette kunne danne et grunnlag av trygghet, og at de ble tatt godt vare på i deres situasjon. Mange ønsket også å ha en fast kontaktperson i avdelingen, for sykepleieren så er dette en god mulighet å skape et godt forhold som er basert på forståelse og faglig dyktighet. Studiet til O'Connell et al., (2003) viste at når pårørende ikke fikk den informasjonen som de hadde behov for ble utryggheten forsterket. De visste ikke alltid hva de skulle spørre etter da de var ukjent med miljøet på sykehuset. Men over tid tok noen pårørende mot til seg å spurte etter informasjon. Disse funnene viser hvor viktig det er å få informasjon så fort som mulig da det vil kunne skape trygghet for pårørende.

## 4.2.3 Kommunikasjon

Å ha grunnleggende ferdigheter i kommunikasjon er viktig når vi som sykepleiere samhandler med pasient og pårørende. Dette vil øke vår kunnskap om hvordan vi best kan gi og få informasjon om pasienten. Henviser til punkt 2.5.4 der Travelbee (1999) legger vekt på at kommunikasjon er en gjensidig prosess der sykepleieren søker og gir informasjon. I følge Haraldstad, Espe og Eide (2002) når vi som sykepleiere møter pasient og pårørende i en krisesituasjon så er de ofte sårbare. Å ha gode kommunikasjonsferdigheter vil skape bedre omsorg da disse ferdighetene er et middel å forstå den andre. Ved å bruke aktiv lytting så kan sykepleieren bidra til å skape trygghet i samtalen som bygger på gjensidig tillit og respekt. Dette er rettet mot at vi gir dem oppmerksomhet ved å lytte hva de har å fortelle og kommer med oppmuntring, spørsmål og støtte. Vi må ikke glemme når vi som sykepleiere samhandler med pårørende så må vi behandle deres opplysninger med fortrolighet (NSF, 2007).

Når hjerneslaget inntreffer så er utfallet afasi vanskelig både for pasienten og pårørende. I følge studiet til van der Smagt-Duijnsteet et al.,(2000) når pårørende opplevde problemer med å kommunisere med pasienten så hadde de et større behov for å få informasjon og støtte av personalet på sykehuset. Spesielt dem som ikke fikk støtte fra familie, nettverk og pasienten

selv. Pårørende synes det var vanskeligere å akseptere kommunikasjonsproblemer eller psykososiale problemer enn når utfallene var fysiske. De ønsket at sykepleierne respekterte deres følelser og var tilgjengelige for støtte. Henviser til punkt 2.1 som omhandler tverrfaglig samarbeid. Som sykepleier kan vi tilrettelegge at logopeden komme inn og lære pårørende teknikker om hvordan de bør kommunisere med pasienten. For oss som sykepleiere så viser dette at vi bør være mer bevisst når denne situasjonen melder seg.

## 5.0 Konklusjon

Denne oppgaven har vært en intens men absolutt en lærerik prosess. Hensikt med oppgaven er å sette fokus på det å få hjerneslag er en sykdom som rammer hele familien. Litteraturen og funnene i artiklene gav meg innsikt hvor viktig det er å gi informasjon til pårørende til hjerneslagpasienter. Som sykepleier er vi underlagt regelverket og yrkesetiske retningslinjer om hvordan vi skal forholde oss til pårørende og deres rett til informasjon. Informasjon som gis til pårørende er med å skape trygghet, mestring og håp. For å nå disse behovene er det essensielt som sykepleier å ha kunnskap om hjerneslag, pårørende og kommunikasjon. Ved å være tilgjengelig for samtale og vise interesse og innlevelse så møter vi pårørendes behov som igjen vil være til nytte for pasienten. Det å føle seg ivaretatt, få respekt og vist omsorg er med på å gjøre det enklere å være pårørende i den vanskelige tiden.

Å arbeide i sykehus på en slagenhet handler også om å jobbe i et tverrfaglig team, hvor samarbeid er viktig for pasient og pårørende. Det er vi som sykepleier som ser pasienten 24 timer i døgnet og som har hovedtyngden av kontakt med både pasienten og pårørende. Våres observasjon over pasientens utvikling er viktig å formidle videre. Det å være sykepleier handler om å ivareta både pasient og pårørendes behov for helhetlig sykepleie og sørge for at deres rettigheter blir ivaretatt.

## Litteraturliste

Bilde på forsiden [Bilde] (u.år) Hentet 22. februar fra

[http://www.menighet.net/admin/images/15033\\_07\\_fourapp5\\_hender.jpg](http://www.menighet.net/admin/images/15033_07_fourapp5_hender.jpg)

Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske.

Eide, T. & Eide, H. (2004) *Kommunikasjon i praksis Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (3.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier* (2.utg.). Stockholm: Författerna och Bökforlaget Natur och Kultur.

Haraldstad, K. & Espe, K.I.K. & Eide, H. (2002) *Klinisk kommunikasjon Aktiv lytting og samhandling – hva er pasientens behov og problemer? Arbeidshefte i kommunikasjon*. Oslo: HiO-trykkeriet.

Hjort, P.F. (2006) Omsorgstjenestens dilemmaer I: M. Bondevik & H.A. Nygaard (Red.). *Tverrfaglig geriatri*. (s. 132-143) (2.utg.) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Hollméus-Nilsson, I. (2002). Å bære hverandres byrder I: B.S. Brinchmann (Red.), *Bære hverandres byrder Pårørende i sykepleien*. (s. 171-184). Bergen: Fagbokforlaget.

Kirkevold, M. (2001-1) Familien i et helse- og sykdomsperspektiv I: M. Kirkevold (Red.) & K.S. Ekern (Red.), *Familien i sykepleiefaget*. (s. 21-44). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kirkevold, M. (2001-2) Familiens plass i sykepleien I: M. Kirkevold (Red.) & K.S. Ekern (Red.), *Familien i sykepleiefaget*. (s. 45-61). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kirkevold, M. (2001-3) Et slag rammer hele familien I: M. Kirkevold (Red.) & K.S. Ekern (Red.), *Familien i sykepleiefaget*. (s. 130-149). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2005) Relasjon mellom sykepleier og pasient I: N.J. Kristoffersen (Red.) & F. Nordtvedt (Red.) & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (s.137- 183). Oslo: Gyldendal Akademiske

Lindquist, I. & Dahlberg, K. (2002) Att vara anhörig till någon som just drabbast av stroke [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden*, 65(22), 4–9.

Mikkelsen, A.L. (2000) *Pårørende til Hjerneslagpasient Hvordan ivaretar sykepleieren pårørende til slagpasienten i startfasen av rehabiliteringsprosessen?* Hovedoppgave. Haugesund: Høgskolen Stord/Haugesund

Norsk forening for slagrammede (NFS) (u.å.) *HJERNESLAG En orientering til slagrammede og pårørende*. Hentet 1. februar 2009 fra <http://slagrammede.org/HJERNESLAG%20BROSJYRE.doc>

Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler*. Hentet 4. februar 2009 fra <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>

O'Connell, B. & Baker, L. & Prosser, A. (2003) The Educational Needs of Caregiver of Stroke Survivors in Acute and Community Settings [Elektronisk versjon]. *Journal of Neuroscience Nursing*, 35(1), 21-8.

Olsen, A.M. & Engebretsen, L. (2003). Fagutvikling og forskning: Hvordan opplever pårørende at de blir ivaretatt på sykehus? *Sykepleien* (03) 21. Hentet 2. januar 2009 <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=914&categoryID=28>

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Pasientrettighetsloven - pasrl (1999) *Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 17. januar. 2009 fra <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

Regionsykehuset i Trondheim (2001) *Slagmanual slagenheten medisinsk avdeling Regionsykehuset i Trondheim*. Trondheim: Regionsykehuset i Trondheim

Sand, A.M. (2001) Se også meg – om å være pårørende til en syk I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (s.31-47) (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Thomassen, L. (2004) *Akutt hjerneslag*. Hentet 1. februar 2009 fra <http://www.helse-bergen.no/avd/nevro/tema/akutthjerneslag/Akutt+hjerneslag.htm>

Thommessen, B. & Wyller, T.B. (2007) Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag [Elektronisk versjon]. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 07(9), 1224-7

Thorsen, R. (2005) Trygghet I: N.J. Kristoffersen (Red.) & F. Nordtvedt (Red.) & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (s.13-35). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

van der Smagt-Duijnste, M. & Hamers, J.P.H. & Abu-Saad, H.H. (2000) Relatives of stroke patients- their experiences and needs in hospital [Elektronisk versjon]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(1), 44-51.

Wallengren, C. & Friberg, F. & Segesten, K. (2008) Like a shadow – on becoming a stroke victim's relative [Elektronisk versjon]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22(1), 48-55.

Wergeland, A. & Ryen, S. & Olsen, T.G. (2001) Sykepleie til pasienter med hjerneslag I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 2* (s. 779- 801) (utg.3). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Wyller, V.B. (2005) *Det friske og det syke mennesket, bind 4*. Oslo: Akribe as.