



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

**SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 29

Antall ord: 7631

## **Sammendrag**

Antall hjerneslagpasienter øker i takt med eldrebølgen. Sykdommen rammer stortsett mennesker over 60 år. Hjerneslag kan gi ulike funksjonshemninger avhengig av hvor i hjernen og hva som er årsaken til hjerneslaget. Rehabilitering kan bedre tilstanden til den enkelte hjerneslagpasient.

Etter praksis på sykehjem hvor jeg fulgte en pasient rammet av hjerneslag startet interessen min innenfor dette temaet.

Hensikten med oppgaven er å kunne svare på problemstillingen om hvordan sykepleieren kan motivere hjerneslagpasienter til rehabilitering.

Metoden som er brukt i oppgaven er litteraturstudie.

I både bøker og artikler kommer det frem at nedsatt motivasjon blant hjerneslagpasienter kan ha en negativ påvirkning på rehabiliteringen og muligheten for å bli bedre. Derfor er det nødvendig at sykepleieren fokuserer på pasientens ressurser, informerer dem tilstrekkelig, involverer pårørende i rehabiliteringen, gir pasientene en mulighet til å møte andre likesinnede og fokuserer på eventuelle emosjonelle symptomer som kan oppstå etter et hjerneslag. Ved at sykepleieren i dialog med pasienten finner ut hva som er ønsket av den enkelte vil han/hun lettere kunne finne ut hva som kan være med på å motivere pasienten til rehabilitering. Det mest ideelle stedet å bli innlagt etter et hjerneslag er en slagenhet, hvor fagpersoner med kunnskaper innenfor gitt tema har større mulighet til å gi pasienten den behandlingen som trengs.

Økt motivasjon kan resultere i bedret tilstand, slik at hjerneslagpasienten kan bli selvstendige og ha en mulighet til å vende hjem igjen etter et sykehus- og rehabiliteringsopphold.

## **Abstract**

The incidence of patients with stroke is rising with increasing age. The disease affects primarily people over the age of 60 years. Stroke can cause various disabilities depending on the location of the brain insult and the underlying etiology of the stroke. Rehabilitation after the stroke incident can improve the long-term prognosis of the individual patient. I developed an interest of the subject of stroke after following a stroke patient during a clinical rotation at a nursing home. The purpose of this thesis is to determine how a nurse can motivate stroke patients to rehabilitation. The method used in this thesis is a comprehensive literature search. Substantial literature, in both textbooks and articles, states that decreased motivation among stroke patients may have a negative impact on the rehabilitation and the potential to recover. Therefore, it is necessary that the nurse focuses on the resources of the patient, adequately information, involving families in the rehabilitation process and give patients an opportunity to meet other stroke patients as well as focusing on any emotional symptoms that may occur after a stroke. In dialogue with the patient the nurse can uncover the requirements of the individual patient and initiate a plan to motivate the patient for the rehabilitation process. The most ideal place to be hospitalized after a stroke is a dedicated stroke unit, where professionals with specific knowledge of the stroke field have a greater opportunity to give the patient adequate treatment. Increased motivation can result in improved long-term prognosis; in terms of returning to the functional level the patient had prior to the stroke and then possibility to return home after a hospital and rehabilitation period.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	i
Abstract .....	ii
1.0 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstillingen .....	1
1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling.....	1
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling .....	2
2.0 Teoridel .....	4
2.1 Hva er hjerneslag?.....	4
2.2 Hva innebærer rehabilitering?.....	7
2.3 Sykepleiefaglig tilnærming ovenfor hjerneslagpasienter i rehabilitering .....	11
3.0 Metode .....	13
3.1 Litteraturstudie som metode .....	13
3.2 Litteratursøkeprosessen.....	14
3.3 Kildekritikk .....	15
4.0 Resultat og drøftingsdel .....	17
4.1 Sykepleierens motiverende rolle.....	17
4.1.1 Informasjon og veiledning .....	20
4.1.2 Brukermedvirkning .....	22
4.1.3 Involvere pårørende i rehabiliteringen .....	23
4.1.4 Verdien av å møte andre hjerneslagpasienter .....	25
4.1.5 Psykososiale symptomer blant slagrammede.....	25
5.0 Avslutning .....	28
Litteraturliste.....	I

# **1.0 Innledning**

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Tema for oppgaven min er rehabilitering etter hjerneslag.

I praksis på sykehjem fulgte jeg opp en slagpasient på en korttidsavdeling. Det var da jeg begynte å interessere meg for hjerneslag og hvordan rehabilitering kan være så nyttig for denne pasientgruppen for å kunne ha muligheten til å vende tilbake til et liv tilnærmet lik det de hadde før hjerneslaget.

Jeg vil tilegne meg mer kunnskaper om hjerneslag, og da rette søkelyset på hva som er sykepleierens motiverende funksjon i rehabiliteringen for slagpasienter. Under det punktet ønsker jeg å finne ut hvilke faktorer som kan være med på å motivere pasienten. For å kunne svare på temaet og problemstillingen min har jeg sett i pensumlitteratur, annen faglitteratur og forskningsartikler.

I følge Kirkevold (2007) rammes omkring 16 000 mennesker av hjerneslag hvert år i Norge. De slagrammede er stortsett mennesker over 60 år, men forekomsten av hjerneslag blant yngre er økende. Et hjerneslag fører ofte til motoriske og kognitive funksjonsnedsettelse, på grunn av redusert blodtilstrømning til hjernen.

## **1.2 Presentasjon av problemstillingen**

”Hvordan kan sykepleieren motivere pasienter rammet av hjerneslag til rehabilitering?”

## **1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling**

Hjerneslag, som på latinsk heter apoplexia cerebri, er en hendelse som oppstår akutt, og virker inn på både personen som er rammet og personer rundt den rammede.

Behandling og rehabilitering av slagpasienter bør starte umiddelbart etter at personen har blitt rammet av slag. Rehabilitering er en lang prosess med usikkert utfall. I denne

prosessen er det nødvendig å ha støtte rundt seg. Bakgrunn for valg av tema er for å belyse hva som er sykepleiens motiverende funksjon i en slik rehabiliteringsprosess, hvor mange ulike faktorer spiller inn.

I rehabiliteringen finnes det mange ulike faggrupper, men sykepleieren er den yrkesgruppen som er til stede for pasienten døgnet rundt. Han/hun kan derfor observere og følge opp pasienten. I tillegg til at sykepleieren må ha fokus på det fysiske, spiller det psykiske mye inn i sykdomstilstanden til den slagrammede.

Under rehabiliteringsprosessen må sykepleieren hele veien motivere pasienten, ved å støtte, veilede, informere, opprettholde pasientens delaktighet og ha kontakt med pårørende som gjør at rehabiliteringen får mest mulige positive utfall.

Dette temaet er relevant for sykepleien i den grad at motivasjon, rehabilitering, og alle faktorer som berører de delene er nyttig i mange sykepleierrelaterte situasjoner.

## ***1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling***

Både hjerneslag og rehabilitering er to omfattende temaer, derfor har jeg avgrenset og presisert problemstillingen min til å skrive om hvordan sykepleieren kan motivere slagpasienten til rehabilitering. Ved å avgrense temaet blir det lettere å finne relevant litteratur.

For å understreke hvordan sykepleieren kan motivere en slagpasient, ønsker jeg å skrive om informasjon, veiledning, brukermedvirkning, støtte fra helsepersonell, pårørende og pasienter i samme situasjon, psykiske utfall ved hjerneslag og kommunikasjon.

Det er flest eldre som rammes av hjerneslag, og dette kommer frem i litteraturen også. Jeg har ikke spesifisert noen spesiell alder, med tanke på at motivering til rehabilitering gjelder uansett alder.

Erfaringen min i oppfølging av en hjerneslagpasient er fra sykehjem, men i litteraturen skrives det om rehabilitering i slagenheter, og det er der det finnes en tettere oppfølging.

I oppgaven tar jeg for meg rehabilitering av akutt hjerneslag på slagenhet.

Jeg skal ta for meg hjerneslag som en skade i hjernen, og ikke spesifisere det til en spesiell type hjerneslag. Jeg vil i oppgaven nevne ulike typer hjerneslag, men fokuset mitt er som nevnt motivasjon til rehabilitering, så jeg vil dermed ikke gå nærmere på de forskjellige årsakene til hjerneslag.

## 2.0 Teoridel

### 2.1 Hva er hjerneslag?

Apoplexia cerebri, også kjent som cerebralt insult eller hjerneslag, skyldes som oftest en sykdom i hjernens eller halsens arterier (Jacobsen et al., 2001).

Det er høyere forekomst av eldre mennesker som rammes av hjerneslag. Hovedgrunnen til dette er at disponerende risikofaktorer som røyk, alkohol, fedme og fysisk inaktivitet blir mer gjeldende med alderen. Risikofaktorer som hypertensjon, diabetes mellitus, atrieflimmer og hjerte- og karsykdommer øker med alderen og kan også være en årsak til hjerneslag (Freitas, Bezerra, Maulaz & Bogusslavsky, 2005).

Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken og årsaken til alvorlig funksjonshemming i Norge (Wergeland, Ryen & Olsen, 2001).

I følge Indredavik (2004) er hjerneslag en sykdom som både får konsekvenser for den enkelte som rammes, hans/hennes familie og samfunnsøkonomien. Vanlig kostnadsanslåing for slagsykdommer i Norge ligger på om lag 6 milliarder per år. Videre påpeker han at på grunn av befolkningsutviklingen hvor andel eldre personer er økende, vil antall hjerneslag sannsynligvis øke betydelig fram mot år 2030, som da vil føre til at hjerneslag vil bli en større utfordring for både samfunn og helsevesen.

Hjerneslag er et samlebegrep for symptomer pasienten får når deler av hjernen helt eller delvis mister sin blodforsyning. Dette kan skje ved trombose, emboli eller blødning i en arterie som forsyner hjernen. Ved hjerneslag oppstår det da en raskt innsettende funksjonssvikt i deler av hjernen (Wergeland, Ryen & Olsen, 2001).

Det finnes fem hovedårsaker til apoplexia cerebri;

- en trombose i en aterosklerotisk arterie (trombosis cerebri).
- en blødning fra en arterie i hjernen (haemorrhagia cerebri).
- en embolus fra hjertet eller fra halsarterien (embolia cerebri).



- små embolier som raskt løses opp (transitorisk iskemisk anfall, TIA).
- aterosklerose i hjernens arterier (atherosclerosis cerebri) (Jacobsen et al., 2001).

Man har ulike måleinstrumenter for å kunne diagnostisere hvilke type hjerneslag som har rammet pasienten. Ved akutt innleggelse på sykehus tas det computertomografi (CT) for å klare å skille mellom blødning og infarkt (trombose, embolier). Er årsaken en transitorisk iskemisk anfall (TIA) benyttes måleinstrumentet carotis Doppler (ultral lyd av blodårene til hjernen), og eventuelt carotisangiografi for å kunne påvise om det finnes stenose (innsnevring) eller ulcerende (sårformede) plakk i en halsarterie (Jacobsen et al., 2001).

Den kliniske undersøkelsen må foretas så raskt som mulig etter symptomdebut (Russel, Dahl & Lund, 2006).

I følge Petersson (2007) kan man ved klinisk undersøkelse kartlegge behandling som passer til den enkelte pasient. Videre påpeker han at når diagnosen er stilt, forsetter man oppfølgingen av forløpet ved å observere det kliniske bilde av pasienten. Han påpeker også at kunnskapen om nødvendigheten med klinisk observasjon av hjerneslagpasienter, utgjør en av de største fremstegene i slagbehandlingen. Det er et enormt tidspres for å stille den korrekte diagnosen, og identifisere selve skadeforløpet for å kunne forhindre ytterligere skadeutvikling. En korrekt diagnose innebærer ikke bare at man bekrefter mistanken om hjerneslag, men den forteller som oftest om hvor i hjernen skaden ligger, som da gir informasjon om nevrologiske skader som kan inntreffe på ulike områder på kroppen.

Etter et hjerneslag oppstår det nevrologiske utfall. Skadens omfang og lokalisasjon i hjernen hos den enkelte pasient bestemmer utfallet. Ekstremitetslammelser er som oftest ensidige (hemi-) og pasienten har da redusert muskelkraft (parese) eller ingen muskelkraft (paralyse) i armer og bein. Hvilken side på kroppen som blir lammet avhenger av om venstre eller høyre siden av hjernen er skadet. På grunn av nervefibre som krysser midtlinjen mellom hjernehalvdelen, vil et hjerneslag i venstre hjernehalvdel gi nevrologiske utfall i høyre delen av kroppen, og omvendt (Jacobsen et al., 2001).

I den kroppshalvdelen som er lammet oppstår det vanligvis sensibilitetstap. Det kan arte seg som redusert følelse i huden eller som total fravær av følelse i halve delen av kroppen (Jacobsen et al., 2001)

Taleforstyrrelser kan oppstå i forskjellige grader, avhengig av skadens lokalisasjon og omfang. Talesenteret ligger hos de fleste i venstre hjernehalvdel. Hvis denne delen av hjernen er affisert kan pasienten få afasi (manglende taleevne) eller dysfasi ( redusert taleevne). Dysartri (uttalevansker) skyldes at stemmebåndet eller muskulaturen i munn og svelg har fått redusert muskelkraft eller styring. Dysfagi (svelgevansker) oppstår når muskulaturen i svelget er lammet, hosterefleksen kan også være redusert, noe som gir sekretstagnasjon som igjen øker faren for pneumoni (lungebetennelse) (Jacobsen, et al., 2001).

I artikkelen til Fure (2007) hevder han at noen av de emosjonelle symptomene som kan forekomme etter hjerneslag er depresjon og angst. Depresjon oppstår hos 20 – 40 % av pasientene etter gjennomgått slag, og symptomene på depresjon er redusert stemningsleie, tap av interesse og livsglede og økt tretthet. Når det gjelder angst forekommer det hos 20 – 30 % av hjerneslagpasientene, dette kan karakteriseres som uro og hjelpesøkende atferd, men kan også føre til tilbaketrekking og nedsatt mestring.

## **2.2 Hva innebærer rehabilitering?**

I følge Feiring (2004) består rehabilitering av oppgaver som er mer eller mindre politisk definerte. Oppgavene i rehabilitering blir utført av fagfolk overfor pasienten med en funksjonshemming, hvor de hjelper de til å fungere bedre i samfunnet.

Conradi og Rand-Hendriksen (2004) hevder at rehabilitering innebærer personens og helsevesenets arbeid med å redusere, bremse eller fjerne individets funksjons- og aktivitetsnedsettelse. Fokuset ligger på trening, og sekundært, i den grad det er nødvendig for den enkeltes funksjon, på bolig, bil, arbeidsplass og lokalmiljø. Virkemiddelet er brukerens egne ressurser og motivasjon, faglig kompetanse, behandling, opplæring, trening, fysiske tilpasninger og tekniske hjelpemidler. Videre påpeker de at rehabilitering innebærer planmessig, systematisk arbeid og et organisert tverrfaglig fagarbeid. Under rehabilitering jobber det tverrfaglige teamet med å gi nødvendig hjelp og støtte til brukerens egen innsats og ønsker for å gjenvinne, bevare eller utvikle best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet, og/eller legge forholdene til rette i miljøet rundt brukeren.

For behandling av hjerneslag, har man ulike metoder avhengig av type hjerneslag. Rehabilitering er nyttig for pasientene og kan være avgjørende for graden av funksjonssvikt etter et hjerneslag (Wergeland, Ryen & Olsen, 2001).

Å rehabilitere vil si å gjenopprette tidligere verdighet og rettighet. Rehabilitering av en pasient rammet av hjerneslag starter allerede første døgnet. Pasienten blir da observert for å kunne kartlegge de utfallene han har fått, slik at treningen for å kunne gjenvinne tapte funksjoner kan begynne (Wergeland, Ryen & Olsen, 2001).

Rehabiliteringen består av et tverrfaglig team som samarbeider tett, og som har felles målsetninger og behandlingsprinsipper for slagpasienten. Prinsippene som blir valgt må bli fulgt til alle døgnets tider, og det er her pleiepersonellet kan utgjøre en viktig rolle (Wergeland, Ryen & Olsen, 2001).

I følge Stein, Silver og Frates (2006) har sykepleieren en stor rolle i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet. Sykepleieren er en yrkesgruppe som alltid er tilgjengelig i rehabiliteringen. Videre påpeker de at bortsett fra å utføre den vanlige sykepleiefunksjonen, skal sykepleieren også hjelpe pasienten med tarm- og blærefunksjon, seksuelle problemer, undervise, informere og støtte pasient og pårørende. En god rehabiliteringssykepleier ønsker å hjelpe hjerneslagpasienter til å trene opp muligheten til å bevege seg igjen, snakke og svelge. Sykepleieren er med på å forsterke det målet hele rehabiliteringsteamet jobber for at hjerneslagpasienten skal nå.

Pasienter med akutt hjerneslag har behov for øyeblikkelig innleggelse for behandling og rehabilitering på sykehus. Mange har videre behov for oppfølgende rehabilitering, hjelp og støtte, og noen har så store funksjonstap at de trenger varig omsorg på sykehjem (Indredavik, 2004).

I studiet til Tingvoll (2002) formidler hun at ved rehabilitering til personen som er rammet av slag, er det den enkeltes subjektive behov og ønsker som er med på å utforme innholdet i selve prosessen. De ulike målene som settes opp må utarbeides sammen med pasienten.

Å bevare sin selvstendighet og retten til å uttrykke seg som en vil, er bekreftende overfor opplevelse av egen integritet og verdighet (Stabell & Lindström, 2003).

Normann, Sandvin og Thommesen (2008) hevder at motivasjon er et ord som beskriver drivkraften bak en handling. Ordet i seg selv er en samlebetegnelse om alle kreftene som settes i gang og gir retning til handling.

I følge Wergeland, Ryen og Olsen (2001) vil sykepleierens kunnskaper, innsikt, holdninger og evne til å motivere, gi pasienten en optimal treningsmulighet og gjennomføre rehabiliteringsopplegget som er satt. Videre påpeker de at for at pasienten skal bli bedre er det nødvendig at han/hun selv er både aktiv og medansvarlig, og for å nå de målene som settes er det avgjørende at pasienten og det tverrfaglige teamet samarbeider hele veien.

Ved hjerneslag er det ønskelig at pasienten blir lagt inn på en slagenhet umiddelbart. På en slagenhet blir pasienten tettere fulgt opp, med tanke på komplikasjoner og rehabilitering for å komme seg raskere på beina (Fretheim, 2006).

En slagenhet defineres som en spesialenhet i sykehus, som har et antall senger, hvor all behandling og rehabilitering er organisert av et personal som er spesialopplært for slagpasienter (Falck-Pedersen, 2006).

En slagenhet skal ha personal som har kunnskaper innen hjerneslag og rehabilitering, det innbefatter leger, sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, logopeder og ergoterapeuter. Videre bør det være tilgang på tannleger og psykologer. For å ha en velfungerende slagenhet kreves det et godt samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene (Pessah-Rasmussen, 2007).

Behandlingstiden i en slagenhet bør ideelt sett vare fra ti til tjue uker (Indredavik, 2004).

Behandlingen for hjerneslag er avhengig av hvilke problemer den enkelte pasienten har fått. De vanligste funksjonstapene etter et hjerneslag er lammelse på en side av kroppen, tale- og svelgevansker, urininkontinens, nedsatt seksuell funksjon, hukommelsestap og konsentrasjonsproblemer, synsproblemer, angst og depresjon. Rehabiliteringsteamet bruker mye tid for å kartlegge funksjonstapene til den enkelte, for å gi rett behandling og øke pasientens livskvalitet (Stein, Silver & Frates, 2006).

Indredavik (2004) hevder at hjerneslagpasienten bør definere sine mål i samarbeid med behandlingsteamet. Behandlingen bør legges opp ut fra den enkelte pasients funksjonssvikt, ledsagende sykdommer, motivasjon, bevarte ressurser, spontan bedring, komplikasjoner og nettverk.

I følge Stein, Silver og Frates (2006) er det ikke mulig å gi en eksakt prognose på bedring etter rehabilitering av hjerneslagpasienter. Men de påpeker at mange ulike studier bekrefter at rehabilitering øker sjansen for forbedring etter hjerneslag. Uansett om det ikke går an å forutsi om man vil gjenvinne de tapte funksjonene, hjelper det å være optimistisk tidlig i rehabiliteringsprosessen. Med tiden vil, hos noen, forbedring av tapte funksjoner bli synlige.

I rehabilitering er sykepleiens mål å gi støtte og utvikle pasienters mulighet til å ta vare på sin egen helse og dermed til selvstendighet. Å støtte pasienten kan bestå av å informere, motivere, samt fange opp uro og redsel (Engman & Lundgren, 2009).

I studiet til Rejnö og Post (2007) uttrykker hjerneslagpasienter at gjennom å treffe andre pasienter som er rammet av slag, vil de selv ha en mulighet til å dele erfaringer med andre, og dette gir en form for fellesskap som gjør det lettere for den enkelte å godkjenne sin nye situasjon.

## **2.3 Sykepleiefaglig tilnærming ovenfor hjerneslagpasienter i rehabilitering**

Da kommunehelsetjenesten ble lovfestet i Norge i 1982, fikk attføring (rehabilitering) fotfeste innen helselovgivningen. Den medisinske attføringen ble da definert som en av fire lovfestede oppgaver ved siden av forebygging og behandling samt pleie og omsorg (Feiring, 2004).

Forskriften om habilitering og rehabilitering (2001) er en forskrift som skal sikre at pasienter som har behov for habilitering og rehabilitering, får tilbud om tjenester som kan være med på å fremme egen læring, motivasjon, likeverdighet, økt funksjons- og mestringsevne og deltagelse. Tilbudene brukerne får i habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser som har klare mål og virkemidler, hvor ulike yrkesgrupper samarbeider om å gi den hjelpen og bistanden som er nødvendig til brukerens egen innsats.

I følge Norsk Sykepleierforbund (2008) står det i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere at grunnlaget for all sykepleie skal være det å ha respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Videre i retningslinjene fremgår det at sykepleieren må respektere pasientens rett til å ivareta egne valg, og for å fremme selvstendig avgjørelser må tilstrekkelig informasjon gis og sykepleieren må forsikre seg om at den er blitt forstått.

Å møte pasienten som en enestående person, innebærer at sykepleieren behandler han/hun som en person med egen fortid, med egne opplevelser av situasjonen sin og med egen framtid (Kristoffersen & Nortvedt, 2005).

Pasienter vil komme opp i situasjoner hvor de balanserer mellom det å være sårbar, hjelpetrengende og avhengig, og det å ha mulighet til å ivareta sine egne interesser, å utøve autonomi (selvstyre). Sykepleieren må trekke inn pasientens tanker, ønsker og behov når sykdom og helsesvikt oppstår (Kristoffersen & Nortvedt, 2005).

Sykepleieteoretikeren Dorothea Orem påpeker i sin sykepleiemodell at mennesket er naturlig motivert til å ta vare på seg selv (Kristoffersen & Nortvedt, 2005).

Sykepleieren må tilrettelegge pasientens egenaktivitet for å opprettholde eller gjenvinne helse og velvære. Sykepleieren skal rette sine handlinger (i situasjoner hvor dette er mulig) mot pasientens egne behov, som da vil være med på stimulere hans/hennes personlige aktivitet og utvikling. Sykepleieren må gi pasienten en aktiv rolle i sin behandling, ved å ivareta ressursene. Dette kan gjøres ved en bevisst og målrettet samtale, veiledning og undervisning, da viser sykepleieren at han/hun har tro på pasientens ressurser og betydningen av egenaktivitet for rehabilitering og helse (Kristoffersen & Nortvedt, 2005).



## **3.0 Metode**

Metode er med på å fortelle om hvordan man skal kunne klare å få tak i eller etterprøve kunnskap. Man velger den type metode som man mener vil være med på å anskaffe god data og besvare spørsmålet på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Ved et litteraturstudie søker man etter kunnskap som kan svare på den problemstillingen man setter seg i prosjektet. Ved litteratursøk er det nyttig å vite hva man ser etter, man må søke systematisk etter litteratur for å finne noe som er relevant for prosjektet (Bjørk & Solhaug, 2008).

I følge Olsson og Sörensen (2003) skal en litteraturstudie i en oppgave bestå av bakgrunn, formål, problemstilling og innsamlingsmetode og videre. Litteraturen er kilden til informasjon, og slik informasjon kan hentes i vitenskapelige artikler. Man ender da studiet med en drøftingsdel hvor man setter informasjonen man har funnet i litteraturen, og drøfter det ut fra formålet og problemstillingen.

Søkeprosessen i et litteraturstudie bygger på at man finner relevante søkeord og klarer å kombinere disse slik at man får opp litteratur som kan brukes i prosjektet (Bjørk & Solhaug, 2008).

Newell og Burnard (2006) mener at når man skal finne litteratur er det nødvendig å ha det klart for seg hva man ønsker å finne, og søke i mange ulike kilder, som bøker, artikler og lignende, for å ha større sjans for å finne relevant materiale og minimere sjansen for å finne urelevant materiale til oppgaven.

Litteraturen som benyttes i et litteraturstudie må være kvalitetsbedømt (Forsberg & Wengström, 2008).

I bacheloroppgaven min har jeg valgt å bruke litteratursøk som metode, det vil gi meg en mulighet til å gjennomgå faglitteratur og forskning gjort på mitt tema, og kritisk velge det som er relevant for å svare på min problemstilling.

### **3.2 Litteratursøkeprosessen**

For å finne relevante faglitteratur som bøker, benyttet jeg BIBSYS og Bergen Offentlige Bibliotek. Jeg brukte da søkeord som ”hjerneslag”, ”rehabilitering”, ”motivasjon”, og ulike kombinasjoner av disse. I tillegg søkte jeg med samme ord, men på engelsk. Fra biblioteket på høgskolen i Haugesund, var fem bøker aktuelle og masteroppgaven til Larsen (2009) og to bøker fra Bergen Offentlige Bibliotek. Tittelen og innholdsfortegnelsen appellerte meg til å gjennomgå bøkene og artikkelen for å finne aktuell teori til oppgaven min. Jeg har også benyttet pensumlitteratur hvor jeg da så etter relevant litteratur om hjerneslag, informasjon, sykepleiens rolle, motivasjon, rehabilitering, depresjon og angst. Jeg har i tillegg funnet andre metodebøker på biblioteket på høgskolen i Haugesund foruten pensumboken ”Metode og oppgaveskriving for studenter” av Olav Dalland (2007).

Litteratursøkingen etter forskningsartikler er gjennomført på helsebibliotekets nettsider, og Høgskolen Stord/Haugesunds biblioteks nettsider på ”helsefaglige ressurser”.

I vård i Norden brukte jeg søkeord som ”stroke” og ”strokenhet”. På det første søkeordet fikk jeg opp 45 treff, av disse var det fire relevant artikkel. På det andre søkeordet fikk jeg opp to treff som var de samme artiklene som på søkeordet ”stroke”. En av artiklene er skrevet av sykepleieforskerne Bjørkavåg, Kristoffersen og Mykletun (2003), den andre av høgskolelektoren Tingvoll (2002), så en av sykepleierne Engman og Lundgren (2009), den siste er skrevet av professorene Rejnö og Post (2007). Jeg søkte også på samme database med søkeordet ”verdighet”, fikk da opp 17 treff, og ordet ”delaktighet” hvor jeg da fikk opp 51 treff. På det første ordet var artikkelen skrevet av høgskolelektoren og

professoren Stabell og Lindström (2003) aktuell. På det andre ordet brukte jeg artikkelen til sykepleierne Kiessling og Kjellgren (2004).

På PubMed hadde jeg litt problemer med å få åpnet mange av artiklene jeg ønsket å lese, på grunn av at jeg ikke hadde tilgang til full tekst på mange av de. Da jeg på denne databasen brukte søkeordene ”stroke victim” og ”relative” fikk jeg 13 treff, hvor 4 av disse hadde full tekst tilgjengelig. Jeg valgte da artikkelen av sykepleierne Wallengren, Friberg og Segesten (2008). Jeg søkte også med ordene ”motivation”, ”stroke” og ”rehabilitation”, fikk da opp hele 203 treff, men kun 26 av de var tilgjengelig for meg i full tekst artikler. For å få åpnet ønsket artikkel trykket jeg på BIBSYS ikonet som kommer opp på noen av artiklene, og bestilte den gjennom Høgskolen i Haugesunds bibliotek. De hadde artikkelen heldigvis inne, så dagen etter at jeg hadde bestilt kunne jeg hente den på biblioteket. Det var en artikkel skrevet av professorer, forskere og sykepleier Damush, Plue, Bakas, Schmid og Williams (2007).

På Tidsskrift for Den norske legeförening brukte jeg søkeordene ”depresjon” og ”angst”, det ga meg 31 treff, hvor jeg brukte artikkelen av doktor Fure (2007).

### **3.3 Kildekritikk**

I følge Dalland (2007) er kildekritikk en metode som blir benyttet når man skal fastslå om en kilde er sann. Det vil si at man vurderer og karakteriserer de kildene som benyttes for å kunne belyse problemstillingen. Videre hevder han at i kildekritikken må man hele tiden vurdere om de teoriene og forskningsresultatene man har funnet, er mulig å bruke til å beskrive problemstillingen.

I noen forskningsartikler må man selv lese godt og stille seg kritisk til artiklene, for selv å vurdere om artiklene er etisk forsvarlig, hvor det i noen artikler ikke kommer tydelig nok frem (Johnson & Long, 2006).

Ved å ha et kritisk blikk på all litteratur og forskning jeg har lest underveis i mitt søk etter relevant teori til å svare på min problemstilling, har jeg satt meg ulike kriterier som må være fylt for at jeg har kunnet brukt funnene videre. Når det gjelder bøkene har jeg vært konsekvent med å finne bøker som er skrevet av helsefagfolk, og litteraturen har vært pensum, fagbøker på høgskolen i Haugesunds bibliotek og Bergens offentlig bibliotek. I forhold til forskningsartiklene har jeg vært kritisk til at de også er skrevet av helsefagpersoner og at de har fulgt retningslinjene for oppbygning av en forskningsartikkel. I artiklene hvor det er foretatt undersøkelser har jeg sett etter at de har fulgt etiske prinsipper, som for eksempel at de har både gitt skriftlig og muntlig informasjon til deltakerne i studiet, og at de har ivaretatt anonymiteten, og at deltakerne har hatt muligheten til å trekke seg fra studiet når de enn måtte ønske det. Jeg har videre sett etter om artiklene har blitt godkjent av etiske komiteer, altså fagfelleurdert (referibedømt).

All litteraturen jeg har brukt har vært skrevet senere enn år 2000. Både eldre og nyere litteratur og forskningsresultater vektlegger de samme punktene som er aktuell for min problemstilling.

Videre vurderer jeg litteraturen jeg finner opp mot hva som er faglig relevant for å svare på min problemstilling. Jeg vurderer også om det eventuelt foreligger svakheter i funnene og om innholdet er godt nok til å kunne brukes i oppgaven.

## 4.0 Resultat og drøftingsdel

### 4.1 Sykepleierens motiverende rolle

Litteraturen påpeker flere steder at en akutt hendelse som hjerneslag som fører til rask innleggelse på sykehus, blir en vanskelig situasjon som endrer livet til både den rammede og hans/hennes pårørende. En opplevelse av krise kan inntreffe etter hjerneslag.

I følge Larsen (2009) fører hjerneslag til så store endringer at det kreves at pasienten kan tilpasse seg i sin nye situasjon. Avhengig av pasientens styrke og vilje til å trene avgjør hvordan den nye tilværelsen vil bli. Videre hevder hun at selv om idealet er å starte rehabilitering rett etter at et slag har inntruffet er ikke dette alltid like lett å fullføre i praksis. Dette på grunn av at hjerneslag kan føre til endret kognitiv og følelsesmessig kapasitet. Disse komplikasjonene gjør at livskrisen over tap av styring over egen kropp, tap av egenomsorg og selvstendighet blir vanskeligere å takle for pasienten. Derfor må slike komplikasjoner først settes fokus på før selve rehabilitering kan starte.

Min erfaring fra sykehjemspraksis var å se hvordan pasienten fungerte etter hjerneslag, og høre på hans/hennes egen opplevelse av situasjonen, og videre rehabilitering for å opprettholde og forbedre gjenvunne funksjoner. Selve prosessen fra første stund har jeg funnet i faglitteratur og ulike studier, og mye av det jeg leser gjennomgikk pasienten jeg fulgte.

Det mest ideelle stedet å bli innlagt for en slagpasient er en slagenhet. Her kan et behandlingsopplegg spesielt laget for slagpasienter starte. Blant denne pasientgruppen er rehabilitering som behandling nødvendig for å kunne klare å gjenoppta tapte funksjoner. En slagenhet er et tilbud som dessverre ikke finnes i alle byene i Norge.

I forskningsartikkelen til Rejnö og Post (2007) formidler de at en slagenhet består av et personal som har kunnskaper og kompetanse i behandlingen av hjerneslagpasienter.

Studier Larsen (2009) har gjennomgått viser at pasienter som får oppfølging i en slagenhet, har større sjanse for å kunne overleve et hjerneslag, opparbeide uavhengighet

og returnere til eget hjem, i forhold til de pasientene som ikke får slik organisert oppfølging.

I faglitteraturen og forskningsartikler kommer det frem at mangelen på motivasjon blant hjerneslagpasienter skaper nedsatt initiativ til å begynne på rehabilisasjon, som igjen gir negative utfall på prognosen til den enkelte. Sykepleieren må hele tiden gjøre seg bevisst på hva den enkelte pasients behov er, og hvordan sykepleieren da kan hjelpe dem å bli mer motivert til å gjøre det som skal til for å bedre pasientens situasjon. Gjennom hele prosessen må pasientens verdighet, selvbilde og integritet ivaretas og styrkes, dette vil være med å gjøre det lettere å skape et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier.

I bokmålsordbøkene står ordet drivkraft som en annen benevnelse for motivasjon. I rehabiliteringssammenheng må sykepleier ta på seg rollen som motivator, og hjelpe pasienten til å skape en egen drivkraft i sin behandling ved å la pasienten styre handlingene selv og bestemme hva som skal fokuseres på.

I de kvalitative artiklene som har undersøkt pasienters egne meninger om hva som må være med i et rehabiliteringsopplegg for å kunne bygge opp motivasjonen og bevare den, er at rehabilitering må være basert på et åpent samarbeid mellom sykepleieren og pasienten, og organiseres ut fra pasientens individuelle behov. Stein, Silver og Frates (2006) hevder at hovedmålet med rehabilisasjon er å assistere pasienten å nå hans/hennes fulle potensial. I studiet til Engman og Lundgren (2009) fremgår det at sykepleieren i en rehabiliteringsprosess kan gjennom undervisning og handling forsterke pasientens egenomsorg og selvstendighet. Undervisningen har stor betydning for pasienten for å kunne forstå verdien av sin egen rehabilisasjon. Hva selve undervisning skal bestå av må kartlegges ut fra den enkelte pasient. Mange pasienter har et ønske om å få kunnskaper om sin sykdom, om skadene som har inntruffet og fremtiden de har i vente. Conradi og Rand-Hendriksen (2004) formidler i læreboken sin om rehabilitering at fagfolket i rehabiliteringen må hele veien respektere personens rett til kunnskap om egen situasjon, og de må ha tro på ressursene til personen og i omgivelsene for å oppnå høyest mulig funksjonsnivå. Videre hevder de at det å formidle en prognose til en pasient er ikke lett, for i noen tilfeller vet man ikke sikkert hva fremtiden vil bringe. Det er i slike situasjoner

kommunikasjon mellom pasienten og sykepleier blir avgjørende. Man må ta seg tid til hver enkelt og ha evnen til å lytte. Conradi og Rand-Hendriksen (2004) hevder at mange pasienter vil ha behov for å drøfte med fagfolket hva som kan være realistisk og oppnå gjennom rehabilitering. Fagpersoner har erfaringer og kunnskaper med liknende tilstander, deres oppgave er å forklare det forventede forløpet, både i nåtid og på sikt.

Å være støttende ovenfor pasienten i form av å være tilstede, bruke tid, informere og lytte vil sykepleieren ha større grunnlag for å kunne klare å motivere pasienten til rehabilitering. I følge Wergeland, Ryen og Olsen (2001) vil den støttende tilnærmingen være med på å skape tillitt og trygghet, opprettholde håp om bedring, forebygge eventuell depresjon, avpasse aktivitetene og øke utfordringene ut fra pasientens ønsker, ressurser og styrke slik at han/hun opplever å mestre situasjonen. Videre påpeker de at gjennom hele rehabiliteringen bør sykepleieren gi konstruktiv ros og oppmuntring for å gi pasienten motivasjon til å fortsette. I masteroppgaven til Larsen (2009) har hun i intervju med sykepleiere funnet hvordan de jobber for å øke motivasjonen blant hjerneslagpasienter som er preget av nedsatt initiativ. I oppgaven kommer det frem eksempler på ulike handlinger som kan motivere pasienten i rehabiliteringsprosessen. Informasjon og videreføring av kunnskaper om tilstanden til pasienten kan bidra til å gi pasienten innsikt og forståelse i tilstanden sin, dette kan gis via samtaler som også kan bidra til at sykepleier og pasient blir bedre kjent med hverandre og et samspill kan da skapes. I samspillet prøver man å skape et tillitsforhold ved å se og lytte til pasientens tanker, som igjen kan være med på å organisere et rehabiliteringsopplegg basert på pasientens ønsker. Dette er med på å ivareta pasientens verdighet, integritet og selvstendighet. Under rehabilitering kan veiledning gi pasienten drivkraft, og sykepleieren kan vise et ønske om å hjelpe, støtte og være tilstede hele veien. Ved å påpeke for pasienten bedringer de gjør i forløpet kan være med på å skape håp og motivasjon i en ellers fortvilende situasjon.

Årsaken til mangelen på initiativ og motivasjon kan være så mangt. I følge Larsen (2009) kan en eventuell depresjon, en organisk hjerneslesjon eller en kombinasjon av begge deler være årsaken. Det blir en sykepleiefaglig utfordring å motivere en pasient som ikke viser

noe interesse eller egenvilje. Sykepleieren har da i oppgave å fremme aktiv deltagelse på pasientens premisser og planlegge oppgavene ut fra hva den enkelte er i stand til å klare. Videre påpeker hun at nedsatt aktivitet hos pasienter rammet av hjerneslag kan gi negativ utfall på prognosen for bedring. I slike situasjoner må sykepleieren tenke over sin samhandling med pasienten for å kunne klare å fremme motivasjon og gi den hjelpen den enkelte har behov for.

Gjennomgående både fra studier som etterspør sykepleierens synsvinkler sammenlignet med studier om pasienters tanker påpeker begge parter at pasienters ressurser må fokuseres på i utformingen av et rehabiliteringsopplegg. Pasienten må da lære å bruke disse ressursene for å mestre sin nye livssituasjon bedre. I følge Finset (2004) og Bjørkavåg, Kristoffersen og Mykletun (2003) hevder de alle at man må fokusere på ressursene til pasienten for å bygge deres tro på en selv, få tillitt til egen mestring, gi håp og større motivasjon til å bedre funksjonen i de affiserte delene, som kan gi en ny mening i livet. Dette kan gjøres ved å tilrettelegge rehabiliteringen til oppgaver som den slagrammede har ressurser til, og arrangere treningssituasjoner som er aktuelle i hjemmesituasjonen også. Da må bosituasjonen til den slagrammede kartlegges ut fra tapte funksjoner og eventuelle bedringer, slik at det å bo hjemme etter et sykehusopphold kan være aktuelt.

#### **4.1.1 Informasjon og veiledning**

Informasjon og veiledning i forhold til hjerneslag pasienter er å gi de en innsikt og kunnskap om selve sykdommen og dens forløp, behandlingen og hvordan pasienten selv kan bidra til å bedre sin egen tilværelse. På grunn av at prognosen på hjerneslag er så individuell og hos de fleste ganske usikker, bør slik informasjon være nøye planlagt for å unngå frykt og redsel hos pasienten. Selve informasjonen og veiledning bør rette seg til den behandlingen som er aktuell for den enkelte. I forhold til rehabilitering må pasienten få vite om nyttheten og nødvendigheten med den type behandling, og at det kan føre til forbedret tilstand. Om informasjonen skal gis individuelt eller i gruppe må bedømmes ut fra den enkeltes ståsted og ønske.



Finset (2004) påpeker retten pasient har til informasjon, som er nedtegnet i pasientrettighetsloven. I loven fremgår det at informasjonen skal gi pasienten tilstrekkelig innsikt i sin helsetilstand og innholdet i den hjelpen han/hun får. Videre står det at informasjon skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, og at informasjon skal gis på en hensynsfull måte. Vardeberg og Einarsen (2004) snakker om informasjonens form hvor informasjonen som blir gitt skal vurderes ut fra de kognitive utfallene hjerneslag har gitt den enkelte. Videre hevder de at om informasjon ikke blir forstått av pasienten, skal den gis uansett, men i tillegg må pårørende bli informert. All informasjonen som blir gitt skal da nedtegnes i pasientjournalen.

For å kunne gi informasjon må kommunikasjonen mellom pasient, sykepleier og eventuell pårørende fungere godt. For å kunne oppnå dette må ærlighet, åpenhet og forståelse være med på å danne grobunnen for en god kommunikasjon. Kommunikasjonen må tilpasses den enkelte, og sykepleieren må gi respons ut fra det pasienten gir uttrykk for. Finset (2004) hevder at i dialogen med pasienten må sykepleierne tenke over hvordan de kommuniserer. Hvordan sykepleierne uttrykker seg viser hvilke følelser, relasjoner og holdninger de har ovenfor personene de kommuniserer med. Videre påpeker han at kommunikasjonen blant partene kan være med på å oppnå det ønskede resultatet på rehabiliteringsprosessen, for i dialogen klarer pasienten lettere å få uttrykt sine ønsker og behov og sykepleieren kan tilpasse prosessen ut fra dette. I studiet til Kiessling og Kjellgren (2004) uttrykker pasientene at en god dialog innebærer at pleierne lytter.

Ved at sykepleieren gir pasienten kunnskaper om sin situasjon og om mulighet for bedring ved rett behandling, vil pasienten få en større forståelse og økt motivasjon til å starte behandling. I studiet til Rejnö og Post (2007) kommer det frem at sykepleiere med tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om situasjonen pasienten er i, er med på å skape trygghet hos pasienten. En trygg tilværelse resulterer til at pasienten stoler mer på sykepleieren og et forsøk på å motivere pasienten kan få positive resultater.

### 4.1.2 Brukermedvirkning

Vi er alle vår egen herre, hvordan vi ønsker å styre vår egen kropp, tanker og meninger er opp til oss selv. Personer rundt oss kan komme med innspill og tilføre kunnskaper, men til syvende og sist er det vi selv som avgjør hvilket valg i livet vi ønsker å ta.

Brukermedvirkning er en rett en hver pasient har. I forhold til hjerneslagpasienter går det ut på at pasienten selv skal få bestemme hvordan behandlingen skal legges opp. Ved å la pasienten medvirke i utformingen av rehabiliteringen ved at hans/hennes ønsker blir hørt vil være med på å motivere pasienten til å starte behandlingen. Rehabilitering bør om mulig skje på en spesialenhet som en slagenhet, hvor det her er større mulighet for tettere oppfølging av pasienten, og kunnskapen og kompetansen blant pleierne er høyere. I følge Tingvoll (2002) må rehabiliteringen i en slagenhet bygge på et felles verdigrunnlag som ivaretar pasientens verdighet, og rett til å bestemme over sitt eget liv. Arbeidsmetodene må utarbeides i lys av dette. Videre påpeker hun at rehabiliteringen må ha en helhet, hvor samarbeid mellom personell og pasient, eventuelt pårørende, fungerer godt. Hjelpen som gis må være fleksibel slik at den enkeltes behov blir møtt. Vardeberg og Einarsen (2004) påpeker brukermedvirkning som en rett nedtegnet i pasientrettighetsloven, denne retten skal følges ut fra de evnene pasienten har, er skadene omfattende blir retten overført til den nærmeste pårørende slik at brukermedvirkning blir ivaretatt hele veien. Ved å la pasienten medvirke i sitt eget liv, får de et ansvar for sin egen situasjon, og en følelse av selvrespekt, likeverd, økt motivasjon og bedre mestringsevne. Videre mener Vardeberg og Einarsen (2004) at ved å la pasienten påvirke sin egen situasjon, må hjelpeapparatet rundt pasienten i tillegg til å bistå i prosessen med å skape et liv som er mest mulig i samråd med pasientens egne ønsker, samtidig gi den nødvendige behandlingen og forebygging av komplikasjoner som liggesår, kontrakturer og lignende.

Tross at brukermedvirkning er en lovpålagt rett pasienten har, er det ikke alltid like lett å få det til å fungere i praksis. Sykepleiere og andre faggrupper i rehabiliteringen på en slagenhet har erfaring og kunnskaper ut fra samme diagnose eller lignende livssituasjon, og vet hva som er nyttig for pasienten for å kunne komme tilbake til et tilnærmet

normalt fungerende liv. Det blir lett for å overkjøre pasienten, uten å virkelig sitte seg ned å tenke over at retten til brukermedvirkningen ikke er blitt helt tatt vare på. Det er ikke alltid noe man gjør bevisst. Arbeidsstedet må da legge til rette for at denne retten blir ivarettatt ved alle pleie-pasient relasjoner, dette kan være i form av dokumentering om at brukermedvirkning er fulgt ved å la pasienten få bestemme hvordan behandlingsopplegget skal bli satt opp. I tillegg bør man gi skriftlig og muntlig informasjon til både pasient og pårørende om de rettighetene den rammede har. Tid er noe helsepersonell mangler i alle helserelevante sammenheng, så for å bruke den lille tiden man har best mulig, blir det lett for å lage et behandlingsopplegg som pasienten må ta del i uten å ha fått benyttet sin rett til brukermedvirkning. Vardeberg og Einarsen (2004) viser til de ulike konfliktene sykepleierne kan møte i bruk av brukermedvirkning. Det kan være at pasienter føler seg usikre i sin situasjon, og reagerer med sinne når fagpersonell, som mange ser på som autoriteter med kunnskap innenfor fagfeltet, stiller spørsmål om hva pasienten selv mener er best å gjøre i situasjonen. I andre tilfeller møter pleierne pasienter som ikke er interessert i å høre på deres faglige meninger om hva som kan være gode alternativer i pasientens sin situasjon. Vardeberg og Einarsen (2004) konkluderer da med at fagpersonene og pasienten må definere de ulike rollene hver enkelt har, dette kan være en lang prosess som krever tid.

### **4.1.3 Involvere pårørende i rehabiliteringen**

Pårørende er i de fleste tilfellene ens nærmeste og kjæreste en har. De kan fungere som en god støtte når livet har tatt en radikal vending, noe som skjer når et hjerneslag har inntruffet. Alle de hverdagslige rutinene og handlingene blir en umulig sak for den rammede, og pårørende kommer da inn i bilde som forsørgeren. På grunn av at pårørende er hjerneslagspasientens nærmeste må sykepleieren ta dem med i rehabiliteringen av den rammede. Wallengren, Friberg og Segesten (2008) hevder at når en person rammes av hjerneslag er det en hendelse som ikke bare påvirker den rammede, men også hans/hennes pårørende. Det er derfor nødvendig at helsepersonell er imøtekommende, informerer og støtter både pasienten og pårørende.

Pårørende kan fungere som en støttespiller, en ressurs og en hjelper i kartlegging av pasients tidligere liv og ønsker. Ved å finne ut hvordan livet var for den rammede før slaget, vil det åpne døren for et samspill bygget på interesse og tillitt. Rehabiliteringen kan formes ut fra pasientens tidligere yrke, hobbyer og lignende, slik at motivasjonen til å trene opp for å fortsette med sine tidligere interesser blir større. I følge Larsen (2009) vil erfaringskunnskap i tillegg til kunnskap om hjerneslag, gi en innsikt som kan ha en innvirkning på menneskers livsverden. Da må sykepleiere kartlegge livsverden til pasienten for å bidra i å styrke selvbilde og motivasjonen til pasienten. Ved å anvende pasientens fortid og fremtid vil det være med på å styrke delaktigheten i rehabiliteringen. Pårørendes støtte for pasienten kan også være med på å øke motivasjonen. For at dette skal være mulig må sykepleierne ta med pårørende hele veien i informasjons- og veiledningsdelen og behandlingsprosessen. Ved å inkludere pårørende i relasjonen med pasienten øker det deres kunnskap om situasjonen og de kan da lettere være med på å holde motivasjonen til pasienten oppe.

I flere studier gjort hvor pårørendes utsagn om sykepleierens ivaretagelse av dem i situasjoner hvor ens nærmeste har havnet på sykehus på grunn av en skade eller sykdom, viser at i praksis føler ofte pårørende at de ikke blir tilstrekkelig involvert i deres kjæres behandling og oppfølging. Det er nødvendig å ha et opplegg, hvor sykepleiere konsekvent etterspør pårørendes ønsker, gir dem støtte og lar de få delta i rehabiliteringen til hjerneslagpasienter. Deres hjelp kan være nyttig for både pasienten og sykepleieren. Wallengren, Friberg og Segesten (2008) påpeker at pårørende får senere ansvaret om å ta seg av den slagrammede. På grunn av dette bør pårørende få tilstrekkelig informasjon slik at de får innsikt i sykdommen/situasjonen og behandlingen, og i tillegg må det gis en garanti om at det finnes hjelp og støtte videre for dem så vel som for den rammede.

Ved at pårørende blir vitner til skadene hjerneslaget har påført deres kjære, vil gjøre dem redd og en sørgeprosess starter, alt dette påvirker pasienten på en negativ måte. Ved at sykepleieren gir informasjon, støtte og har en forståelse for situasjonen til pårørende kan det være med på å bidra til å dempe frykten og redselen deres, og sammen kan de samarbeide i rehabiliteringen til den slagrammede. I undersøkelsen til Wallengren,

Friberg og Segesten (2008) kommer det frem at det å bli rammet av hjerneslag er for pårørende så vel som for den rammede et stort sjokk, det skjer så raskt og uventet. For pårørende er det et sjokk å se ens kjære miste sine fysiske funksjoner, og usikkerheten om eventuelle varige mén og faren for død vil aldri helt forsvinne og redselen øker. Videre fremgår det i undersøkelsen at når helsepersonell tar vare på pårørende minsker man sjansen for at de blir utslitte og ender med fysiske og psykiske plager, plager som kan være med på å påvirke slagpasientens bedring og tilstand negativt.

#### **4.1.4 Verdien av å møte andre hjerneslagpasienter**

Ved at en person rammet av hjerneslag kan møte andre i samme situasjon kan være med på å øke motivasjonen til å fortsette behandlingen som er satt opp. Ved at den enkelte ser hva andre har oppnådd ved rehabilitering, vil håpet om at det samme kan skje dem øke. Pasienten føler mindre ensomhet når de har noen likesinnede å dele sine frustrasjoner, tanker, gleder og undringer med. I studiet til Engman og Lundgren (2009) får de frem at pasienter opplever glede, humor og felleskap med andre pasienter under rehabiliteringstiden. Samhørighet med andre er nødvendig for rehabilitering og forbedringsprosessen. I undersøkelsen til Damush et al. (2007) uttrykker hjerneslagpasientene at ved å få støtte og trene med andre slagrammede blir de mer motivert. Ved å se den framgang andre slagrammede gjør i rehabiliteringen, motivere det dem til å fortsette forsøk på å oppnå bedring i egen situasjon også.

#### **4.1.5 Psykososiale symptomer blant slagrammede**

Ved tap av funksjoner foreligger det alltid psykiske reaksjoner. Det kommer frem i flere kilder at depresjon og angst er følgetilstander etter et hjerneslag. Alvorligheten av disse må kartlegges så raskt som mulig. Det er nødvendig at pasienten og eventuelt pårørende aksepterer dette som en naturlig reaksjon, og ikke i seg selv som noe negativt. Sykepleieren må gi pasienten tid til å ta inn over seg hva som har skjedd.

Depresjon gjør at pasienten blir ”tiltaksløse” og ”initiativfattige”, noe som gjør det vanskelig for sykepleieren å motivere pasienten til rehabilitering. Kartlegging av eventuell psykisk utfall må starte. En depresjon må da behandles for å øke motivasjonen. Ved alvorlig depresjon bør medikamentell behandling gis, men ellers kan samtale og informasjon om situasjonen hjelpe pasienten til å takle den nye tilværelsen. Wergeland, Ryen og Olsen (2001) påpeker at på grunn av selve hjerneskaden og reaksjonen på det som har skjedd fører hjerneslag til psykiske forandringer hos pasientene. Det kan være forandringer som angst, fortvilelse og forvirring. I følge Staub og Carota (2005) samsvarer utviklingen og intensiteten på depresjonen med omfanget av funksjonssvikt.

Emosjonell nedstemthet kan påvirke motivasjonen til rehabilitering og muligheten for bedring i tilværelsen til hjerneslagpasienter.

I litteraturen påpekes det at årsaken til at kartleggingen av depresjon og angst blir forsømt kan være på grunn av at symptomene for disse tilstandene er i noen tilfeller ganske lik på symptomer etter et hjerneslag. Depresjon og angst kan derfor i noen tilfeller bli misforstått for å være noe annet. Kartleggingen og hjerneslagpasients egne utsagn om sin psykososiale tilstand fungerer ikke alltid i praksis på grunn av mangel på kartleggingssystem, og mulige skader som gjør at hjerneslagpasienten ikke helt klarer å uttrykke seg.

I følge Sagen, Lerdal og Dammen (2007) er det vanskelig å stille diagnosen depresjon etter hjerneslag på grunn av at symptomene på begge tilstandene er så like, som for eksempel tretthet (fatigue), energitap, smerter, søvnproblemer og nedsatt matlyst.

I følge Fure (2007) blir emosjonelle symptomer som for eksempel depresjon oversett på grunn av mangel på systematisk kartlegging av psykiske utfall etter hjerneslag. Ved å kartlegge de emosjonelle symptomene en hjerneslagpasient måtte ha, kan det i mange tilfeller være snakk om en normal krisereaksjon på grunn av tap av somatiske eller kognitive funksjoner, som fører til følelse av tapt personlig autonomi (selvstyre), noe som kan gjøre at en eventuell depresjon kan elimineres. Staub og Carota (2005) påpeker at psykiatriske kriterier for affektive (sinn) lidelser avhenger av pasientens utsagn om deres egne symptomer. Da forventes det at pasienten er klar over sin egen situasjon og er i

stand til å gi en nøyaktig beretning om det. Det er en oppgave som kan være vanskelig eller i noen tilfeller umulig hos pasienter med afasi (talevansker) og andre kognitive skader på grunn av hjerneslag. Derfor kan ikke alltid svaret pasienten gir være gyldig i kartlegging av eventuelle emosjonelle problemer etter hjerneslag.

## 5.0 Avslutning.

Hensikten i oppgaven min var å prøve å finne hvilke momenter sykepleieren kan fokusere på i forhold til hjerneslagpasienter for å kunne klare å motivere dem til rehabilitering og bedre deres tilstand. Det er nok veldig individuelt hvilke behov den enkelte hjerneslagpasient har for å kunne få økt sin motivasjon til rehabilitering. Punktene ressurser, informasjon, veiledning, brukermedvirkning, pårørende, møte andre slagpasienter og psykososiale symptomer etter et slag som jeg fokuserte på var gjennomgående i litteraturen og i forskning om hva som kan motivere hjerneslagpasienter til rehabilitering.

I forhold til min erfaring fra praksisen uttrykte pasienten jeg fulgte et ønske om at disse behovene var nødvendig å ha fokus på for at hans/hennes tilværelse skulle være bedre. Motivasjonsmomentene jeg har fokusert på er punkter som er nyttig å ha innsikt og kunnskaper om i flere sykepleiefaglige sammenheng hvor pasientens egenomsorg og selvstendighet er hovedfokuset.



## Litteraturliste

- Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Akribe AS.
- Bjørkavåg, U.L., Kristoffersen, K. & Mykletun, A. (2003). Hjerneslagpasienter i en slagenhet.  
[Elektronisk versjon] *Vård i Norden 1(23)*, 35-38.
- Conradi, S. & Rand-Hendriksen, S. (2004). Rehabiliteringsprosessen. I: Wekre, L.L. & Vardeberg, K. (red.). *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. (s. 35-39). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Damush, T.M., Plue, L., Bakas, T., Schmid, A. & Williams, L.S. (2007). Barriers and Facilitators to Exercise Among Stroke Survivors. [Elektronisk versjon]. *Rehabilitation Nursing 6(32)*, 253-263
- Engman, M. & Lundgren, S.M. (2009). Vad innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke. [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden 3(29)*, 32-36.
- Falck-Pedersen, T. (2006). Forskningsbasert slagbehandling. I: Bjørndal, A. (red.). *Hjerneslag*. (s. 16-18). MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Feiring, M. (2004). Et streiftog gjennom rehabiliteringsfeltets begrepshistorie. I: Wekre, L.L. & Vardeberg, K. (red.). *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*.(s.15-21). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Finset, A. (2004). Kommunikasjon som en del av rehabiliteringsprosessen. I: Wekre, L.L. & Vardeberg, K. (red.). *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes.*(s.41-45). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning.* Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001). *Forskrift om habilitering og rehabilitering av 28. juni 2001 nr. 765.* Hentet 16.01.10 fra <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010628-0765.html>
- Freitas G.R., Bezerra, D.C., Maulaz, A.B. & Bogousslavsky, J. (2005) Stroke: background, epidemiology, etiology and avoiding recurrence I: Barnes, M., Dobkin, B. & Bogousslavsky, J. (red.). *Recovery after stroke.* (s. 1-46). Cambridge University Press.
- Fretheim, A. (2006). Behandlingstiltak for slagpasienter. I: Bjørndal, A. (red.). *Hjerneslag.* (s. 13-15). MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Fure, B. (2007). Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. [Elektronisk versjon]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 10(127): 1387-9.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (2001). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi.* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Indredavik, B. (2004). Hjerneslag. I: Wekre, L.L. & Vardeberg, K. (red.). *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes.* (s. 125-148). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Johnson, M. & Long, T. (2006). Research Ethics. I: Gerrish, K. & Lacey, A. (red.). *The Research Process in Nursing*. (s. 31-42). Blackwell Publishing Ltd.
- Kiessling, T. & Kjellgren, K.I. (2004). Patienters opplevelse av delaktighet i vården. [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden* 4(24), 31-35.
- Kirkevold, M. (2007). Hjerneslag – ”blålys-sykdom” med langsiktige implikasjoner. I: Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. (red.). *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring*. (s. 175-188). Cappelens Forlag AS, Oslo.
- Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, F. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*. (s.137-183). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, C. (2009). *Nedsatt initiativ ved hjerneslag – en sykepleiefaglig utfordring?* Mastergradsoppgave i helsefag, Universitetet i Tromsø.
- Newell, R. & Burnard, P. (2006). *Vital notes for nurses. Research for Evidence-Based Practice*. Blackwell Publishing Ltd.
- Normann, T., Sandvin, J.T. & Thommesen, H. (2008). *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse?* Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Norsk Sykepleierforbund (2008) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 12.01.10 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Pessah-Rasmussen, H. (2007). Rehabilitering och eftervård. I: Mätzsch, T. & Gottsäter, A. (red.). *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. (s. 291-303). Författarna och Studentlitteratur.
- Petersson, J. (2007). Praktisk handläggning vid akut stroke. I: Mätzsch, T. & Gottsäter, A. (red.). *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. (s. 107-118). Författarna och Studentlitteratur.
- Rejnö, Å. & Post, V.I. (2007). Att vårdas på en kombinerad akut och rehabiliterande strokeenhet – Patienters opplevelser från vårdtiden. [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden* 3(27), 49-52.
- Russel, D., Dahl, A. & Lund, C. (2006). Årsaker, symptomer og utredning ved hjerneslag. I: Bjørndal, A. (red.). *Hjerneslag*. (s. 4-8). MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Sagen, U., Lerdal, A. & Dammen, T. (2007). Depresjon og tretthet/utmattelse hos pasienter med hjerneslag. I: Hem, E., Vaglum, P., Fyrand, L. & Nerdrum, P. (red.). *Pasienten og sykdommen – psykiske faktorer ved somatisk sykdom*. (s. 159-167). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stabell, A. & Lindström, U.Å. (2003). Mot opplevelse av integritet og verdighet – en streben og strid? [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden*, 4(23), 29-34.
- Staub, F. & Carota, A. (2005). Depression and fatigue after stroke. I: Barnes, M., Dobkin, B. & Bogousslavsky, J. (red.). *Recovery after stroke*. (s. 556-579). Cambridge University Press.
- Stein, J., Silver, J. & Frates, P.E. (2006). *Life after stroke. The guide to recovering your health and preventing another stroke*. The John Hopkins University Press.

Tingvoll, W-A. (2002). Slagenhetens rolle i helhetlig rehabilitering. Institutt for helse og sykepleievitenskap. [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden* 4(22), 48-51.

Vardeberg, K. & Einarsen, E. (2004). Medvirkning og samarbeid. I: Wekre, L.L. & Vardeberg, K. (red). *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. (s. 47-56). Fabokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Wallengren, C., Friberg, F. & Segesten, K. (2008). Like a shadow – on becoming a stroke victim's relative. *PubMed* 22(1), 48-55. [Lest: 15.01.10] Tilgjengelig fra: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18269422?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum&ordinalpos=12](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18269422?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=12)

Wergeland, A., Ryen, S. & Olsen, T.G. (2001). Sykepleie til pasienter med hjerneslag. I: Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie bind 2*. (s. 779-801). Gyldendal Norsk Forlag AS.