

Spl 3901

05HBSPLH

Avsluttende eksamen i sykepleie

Kandidat nr.10

Bacheloroppgave

ET SLAG RAMMER HELE FAMILIEN

Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien gjennom kommunikasjon og tilrettelegging bidra til mestring hos den slagrammede familien?



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, november 2008

Antall ord: 10 938



SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen: Avsluttende eksamen i sykepleie

Kull 05HBL SPLH

Gruppe nr. 10

Dato 28/11-2008

Forfattere: Ingunn Haug

Norsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien gjennom kommunikasjon og tilrettelegging bidra til mestring hos den slagrammede familien?

Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

How can a community nurse through communication and planning strengthen a strokepatient and his family's sense of coping?

Sammendrag

Oppgaven omhandler hva som er viktige kunnskaper og kvaliteter hos en sykepleier som skal hjelpe en slagrammet og hans familie til å mestre en ny livssituasjon. Den tar blant annet opp tolkninger av pasientens og pårørendes opplevelse når slaget rammer, samt deres opplevelse som en familie. Videre gir den et bilde på noen av de ulike mestringsstrategiene og hvordan disse kan brukes hensiktsmessig og uhensiktsmessig når krisen rammer. Gjennom oppgaven forsøker jeg å fastsette hva som forventes av sykepleieren når hun skal dekke den slagrammedes pasientens behov, og har lagt spesielt vekt på kommunikasjonsferdigheter og den problemløsende prosessen. Oppgaven er et litteraturstudie hvor jeg hovedsaklig bruker Travelbees sykepleieteori. I tillegg har jeg basert meg på Håkønsens teorier om kriser og mestring.

Nøkkelord: Hjerneslag, kriser, mestring, kommunikasjon, menneske-til-menneske forhold, tilrettelegging.

Klausul på utlån av oppgaven/delprodukter

NEI

JA

Innhold

1 Innledning	5
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	5
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	6
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	7
1.4 Formålet med oppgaven.....	7
2 Metode	9
2.2 Begrunnelse for metodevalg.....	9
2.3 Begrunnelse for valg av kilder og kildekritikk.....	9
3 Hjerneslag	11
3.1 Hva er hjerneslag?.....	11
3.2 Utfall og funksjonsforstyrrelser etter venstresidig hjerneslag.....	11
3.3 Slagets innvirkning på familien.....	11
3.3.1 Pasientens opplevelse av sykdomssituasjonen.....	12
3.3.2 Pårørendes opplevelse av sykdomssituasjonen.....	13
4 Kriser	15
4.1 Hva er en krise?	15
4.2 Følelser som oppstår i krisesituasjoner.....	15
4.2.1 Tilbaketrekning og frustrasjon.....	15
4.2.2 Frykt og angst.....	16
4.2.3 Depresjon og tristhet.....	16
5 Mestring	17
5.1 Hva er mestring?	17
5.2 Problemfokusert mestring.....	17
5.3 Følelsesmessig fokusert mestring.....	17
5.3.1 Fortrengning.....	18
5.3.2 Rasjonalisering.....	18
5.3.4 Reaksjonsdannelse.....	18
5.3.5 Forskyvning.....	18
6 Joyce Travelbees sykepleieteori	19
6.1 Presentasjon av Joyce Travelbees synspunkter.....	19
6.1.1 Menneskesyn.....	19
6.1.2 Helsebegrepet.....	19
6.1.3 Kommunikasjon.....	20
6.1.4 Menneske-til-menneske-forhold.....	20
7 Kommunikasjon	23
7.1 Hva er kommunikasjon?.....	23
7.2 Kommunikasjon med slagrammede.....	23
8 Sykepleierens ansvar og oppgaver overfor den slagrammede familien	25
8.1 Å vurdere familiens behov for hjelp.....	25
8.2 Å integrere slagets konsekvenser inn i livssituasjonen.....	25
9 Hjemmesykepleien	27
9.1 Hjemmesykepleiens funksjon og rammer	27
10 Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien gjennom kommunikasjon og tilrettelegging bidra til mestring hos denne slagrammede familien?	29
10.1 Pasientens opplevelse av livssituasjonen.....	29

10.2 Ektefellens opplevelse av livssituasjonen.....	31
10.3 Slagets innvirkning på familien.....	32
10.4 Etablering av menneske-til-menneske-forhold.....	33
10.5 Identifisering av problemer og familiens behov for hjelp.....	36
10.6 Integrering av slagets konsekvenser inn i livssituasjonen.....	38
11 Konklusjon.....	43
12 Etterord.....	44
13 Litteraturliste.....	45

1 Innledning

Denne oppgaven omhandler hvordan et hjerneslag har innvirkning på hele familien. Hjerneslag er en alvorlig tilstand som kan føre til store omveltninger i hverdagen på grunn av redusert motorisk, kognitiv og emosjonell kontroll. Som sykepleier er det en stor utfordring å ta fatt på oppgaven med å hjelpe familien til å mestre den nye livssituasjonen.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Herr Olsen er en 63 år gammel tidligere frisk mann, som for et halvt år siden hadde et venstresidig hjerneslag. Som følge av dette har han pareser i høyre side og sitter derfor i rullestol, men klarer å gå litt med stokk og følge. Han har noe svekket uttrykksevne. Han er følelsesmessig labil, har mye frustrasjoner, gråter lett og sliter med depresjoner. Han har hatt et opphold på rehabiliteringssenteret i fire måneder med god framgang, men har nå bodd to måneder i eget hus i utkanten av Oslo. Etter hjemkomsten har det blitt betydelig mindre trening.

Tidligere jobbet herr Olsen som postmann. Han var en ivrig fotballentusiast og en ildsjel i den lokale fotballklubben. Nå lever han et tilbaketrukket og isolert liv sammen med kona. Han er noe skeptisk til hjemmesykepleien og ønsker å klare seg selv til tross for at han er avhengig av hjelp til personlig stell, måltider og ulike hverdagslige gjøremål. Gjennom kontakt med legen får hjemmesykepleieren vite at pasienten har gode fremtidsutsikter, og at det er store muligheter for bedring.

Kona er 61 år og er blomsterdekoratør. Hun sluttet i jobben da mannen ble syk for å kunne være tilgjengelig og ta seg av ham. Hun var også med i syklubben i nabolaget før slaget inntraff, men har i dag ingen kontakt med dem. Hun har få å snakke med, og har også vanskelig for å uttrykke sine følelser overfor den syke ektemannen. I samtaler med hjemmesykepleien over telefon virker hun svært sliten. Hun ønsker litt mer hjelp fra hjemmesykepleien som til nå kun har vært inne på tilsynsbesøk annenhver dag. Paret har to voksne sønner som bor like i nærheten. Sønnene er i full jobb og har egne familier. De deltar ikke i den daglige pleien av herr Olsen.

Utfra denne pasienthistorien har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien gjennom kommunikasjon og tilrettelegging bidra til mestring hos den slagrammede familien?»

Jeg har valgt å bruke begrepet *den slagrammede familien* fordi jeg gjennom hele oppgaven betrakter lidelsen som en stor hemmelse både for pasienten og pårørende og betrakter derfor hjerneslag som en familiesykdom.

Kommunikasjons-begrepet bruker jeg som et av sykepleierens redskaper for å opprette er trygghets- og tillitsforhold til pasienten og hans pårørende.

Mestrings-begrepet bruker jeg om pasientens evne til å forholde seg til stress, problemer og kriser av sosial, fysisk og emosjonell karakter (Eide og Eide, 2000).

Med begrepet *tilrettelegging* mener jeg omgjøringer av små og store ting som kan ha stor betydning når man har fått en funksjonshemming (Wekre, Vardeberg og Skogan, 2004).

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Grunnen til at jeg har valgt nettopp dette temaet, er fordi det er så mange familier som rammes av slag hvert år. I følge Norsk forening for slagrammede (2007) rammes 16 000 nordmenn av hjerneslag årlig. Jeg har i løpet av praksis og i hjemmesykepleien blitt kjent med en del slagpasienter og deres pårørende. Mange av dem har uttrykt at så lenge pasienten ligger på sykehus og er i rehabilitering er tilbudet godt, men at oppfølgingen etter den slagrammede er kommet hjem i noen tilfeller kan være av dårlig. Jeg har derfor reflektert en del over hvordan vi som sykepleiere kan sørge for at det gis et tilfredsstillende tilbud i hjemmesykepleien, og hjelpe disse familiene til å bedre mestre hverdagen.

1.3 Avgrensning av oppgaven

I denne oppgaven har jeg fokus på hvordan hjemmesykepleiere bør forholde seg til en slagrammet familie. For å avgrense oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i en fiktiv pasienthistorie om herr og fru Olsen og gitt eksempler på hvordan man kan tolke og løse deres situasjonen. Pasienthistorien omhandler en kvinnelig ektefelle som har omsorg for sin slagrammede mann. Paret er i 60-årene, og bor alene. Oppgaven kan imidlertid være like relevant for mennesker som befinner seg i samme situasjon uansett alder.

Pasienthistorien er kun et eksempel på hvordan pårørende kan oppleve å ha omsorgen for en slagrammet. Hvordan andre opplever lignende situasjoner er selvfølgelig forskjellig fra person til person. Noen trenger mer avlastning enn andre. Det jeg prøver å belyse er viktigheten av sykepleierens rolle med tanke på tilrettelegging og veiledning i forhold til hvilke situasjoner som kan oppstå.

Sykepleieren antas å ha god kompetanse, altså både kunnskap og erfaring med slagrammede og tilrettelegging overfor slagrammede og deres familie. Hun har også god innsikt i hvilke utfordringer pårørende møter etter den slagrammedes hjemkomst og hva som kan forventes etterhvert som tiden går. Sykepleieren antas også å vite viktigheten av å sette fokus på forebyggende helsearbeid i tillegg til veiledning og tilrettelegging av den nåværende situasjonen ektefellen og den slagrammede befinner seg i. Jeg har tatt utgangspunkt i at hjemmesykepleien kontaktes av rehabiliteringssenteret når den slagrammede skrives ut.

Gjennom teorien har jeg omtalt sykepleierne som «hun» og «pleieren» og pasienten omtales som oftest som «han» og «vedkommende». Gjennom drøftingen omtales herr Olsen som «han», fru Olsen som «hun» og sykepleieren som «jeg».

1.4 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å lære mer om hjerneslag og tilstandens påvirkning av familien. Jeg ville også tilegne meg mer kunnskap om kommunikasjon og hvordan jeg kunne bruke dette som et redskap sammen med tilrettelegging for å hjelpe den

slagrammede familien til en bedre hverdag. Sett fra et sykepleiefaglig perspektiv vil jeg fremstille oppgaven som svært aktuell da man som sykepleier vil komme i kontakt med slagrammede både innen sykehus, rehabiliteringssenter, sykehjem og hjemmesykepleien. Oppgaven understreker viktigheten av sykepleierens kommunikasjonsevner i interaksjonen med den slagrammede og kan gi sykepleiere økt kunnskap innen flere viktige områder.

Sett fra pasientens perspektiv kan oppgaven være med på å vise hva som er mulig og hva en som slagrammet bør kunne forvente av hjemmesykepleien. Den kan skape håp og vise vedkommende at livet er ikke over selv om man blir rammet av slag og hverdagen snus på hodet.

2 Metode

I dette kapittelet beskrives metoden som er brukt for å løse problemstillingen.

«Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilke som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenaler av metoder» (Dallan 2007, s.81).

2.2 Begrunnelse for metodevalg

Metoden som er brukt i arbeidet med problemstillingen, er litteraturundersøkelser. Oppgaven er altså bygd på kunnskap fra bøker, artikler og hefter. Jeg har hovedsaklig basert meg på pensumlitteratur, men har også valgt ut annen relevant litteratur av nyere dato. Jeg fant en god del litteratur om kommunikasjon, mestring, og hjerneslag, og det var også en del gode kilder som omhandlet den «sykdomsrammede familien». Jeg mente derfor oppgaven egnet seg godt som ett litteraturstudie.

Ut fra min vurdering ville en empirisk studie vært vanskelig å utføre med tanke på oppgavens rammebetingelser. Som sykepleierstudent og med liten praktisk erfaring føler jeg meg i tillegg ikke godt nok kvalifisert til å utarbeide et solid empirisk studie.

2.3 Begrunnelse for valg av kilder og kildekritikk

Gjennom prosessen har jeg studert svært mye litteratur og fant veldig mye relevant som jeg kunne bruke gjennom oppgaven. Det meste av litteraturen fant jeg ved Universitetet i Oslo og Høgskolen i Gjøvik gjennom søk i Bibsys. Artikkene jeg har brukt har jeg funnet gjennom tidsskrifter og via søk Wiley Interscience. Jeg har også gjort artikkelsøk i Vård i Norden, SweMed og Bibsys.

Søkeordene jeg har brukt er: hjerneslag, apoplexia, pårørende, ektefelle, kommunikasjon, mestring, stroke, spouse, nurse, communication.

Jeg har kontaktet Norsk Handikapforbund, Afasiforeningen i Oslo og Landsforeningen for Slagrammede og fått tilsendt hefter og fått litteraturtips. To av disse bøkene «Hva

med meg,da» av Tove Skagestad og «Kom i gang – etter slaget» utarbeidet av norsk forening for slagrammede inspirerte meg veldig. Bøkene inneholder pårørende og pasienters historier fra virkeligheten.

Jeg har i hovedsak brukt primærkilder gjennom hele oppgaven, med unntak av noen sekundærkilder om blant annet Freud og Travelbees teorier. Disse er tatt ut fra pensumlitteratur og jeg ser derfor på kilden som pålitelig. Ellers har jeg i stor grad brukt Kirkevold og Ekerens «Familien i sykepleiefaget» som jeg fant var svært relevant og god i forhold til min problemstilling. Denne vurderer jeg som svært pålitelig da det er anerkjente forfattere med bakgrunn i sykepleien som har skrevet den. Dette gjelder også de andre litteraturkildene jeg anvender.

I sykepleieteorien har jeg valgt å bruke Joyce Travelbee. Hun har blant annet bakgrunn i psykiatrisk sykepleie. Grunnen til at jeg valgte hennes teorier er at jeg syntes hennes syn på det mellommenneskelige aspektet var særlig aktuell for min problemstilling. Hun har også en oversiktlig og fin beskrivelse av den problemløsende prosessen som jeg finner svært anvendelig.

I min vurdering av forskningsartikler ville jeg ta utgangspunkt i nyere forskning, og satte en grense ved forskning som ikke var mer enn 10 år gammelt. Artikkene er funnet gjennom tidsskrifter med sykepleievitenskaplig bakgrunn og via søkemotorer til Wiley Interscience.

3 Hjerneslag

Dette kapitlet omhandler hjerneslag, hvordan det oppstår samt mulige utfall ved venstresidig hjerneslag. Den beskriver også familiens og enkeltmenneskets opplevelser når hjerneslag rammer et familiemedlem.

3.1 Hva er hjerneslag?

Hjerneslag er en lokal hjerneskode og oppstår ved oksygenmangel til et område i hjernen som igjen resulterer i celledød. Årsaken er i de fleste tilfeller trombose eller embolidannelser som tetter igjen en blodåre (blodpropp), men kan også skyldes hjerneblødning (Kirkevold, M. 2008).

3.2 Utfall og funksjonsforstyrrelser etter venstresidig hjerneslag

På venstre side i hjernen finner vi blant annet sentre som styrer vår evne til å analysere, oppfatte detaljer, tenke logisk og rasjonelt samt evnen til språk, lesing, skriving og regning. Hvis noen av disse områdene blir rammet, kan disse egenskapene bli nedsatt. Også lettere pareser til massive lammelser i høyre side av kroppen, synsbortfall og atferdsmessige problemer som depresjon, sorg og selvbegrensning er vanlig (Karoliussen og Smeby 2000).

3.3 Slagets innvirkning på familien

Kirkevold (2001) betrakter i boka «familien i sykepleiefaget» hjerneslag som en familiesykdom fordi den påvirker hele familien. Hvor stor innvirkning sykdommen har på familielivet og hvert enkelt familiemedlem avhenger av blant annet hvor hardt rammet pasienten er. Trenger pasienten mye hjelp og støtte i en lengre periode eller permanent kan dette snu helt om på hele familiens livssituasjon. Kirkevold (2001) mener det er vanskelig å si noe om hvor stor innvirkning slaget har på familien før man har gjort en grundig vurdering av forskjellige faktorer. Grunnen til dette mener hun er fordi hver enkelt familie er forskjellig og har ulike mestringsgrunnlag. Man må blant

annet tilegne seg kunnskap om familiens livssituasjon på slagtidspunktet. Altså om slaget fører til omrokeringer i familielivet. Man må også vurdere personene som er involvert, deres mestringsmuligheter og helsetilstand, samt familiens nettverk og ressurser. Videre bemerker Kirkevold (2001) at det er viktig å vurdere familiesituasjonen på nytt ettersom den sykes tilstand bedrer seg. På dette tidspunktet skjer nye omrokeringer i familien og det kan for eksempel være aktuelt å legge mer ansvar på den slagrammede. Hun mener det er vanlig at konflikter gjerne oppstår i denne prosessen på grunn av uenigheter om hvilke oppgaver den syke mener han behersker og hva familiemedlemmene mener han kan greie.

3.3.1 Pasientens opplevelse av sykdomssituasjonen

Hvordan pasienten opplever sin situasjon mener Kirkevold (2001) er tungt bundet til hjerneslagets utfall hos pasienten. Det kan for eksempel være vanskelig å kommunisere og gjøre seg forstått overfor familiemedlemmer, og det kan også være problematisk å delta i de samme aktivitetene som før slaget inntraff som pasienten opplevde som viktige. Kirkevold (2001) poengterer også at den slagrammede ofte bruker mye tid og energi på å lage nye rutiner i hverdagen fordi funksjonsnedsettelse må integreres. Dette medfører at vedkommende kanskje blir nødt til finne nye måter å løse dagligdagse problemer på, og også blir veldig avhengig av hjelp fra familie og andre.

Kirkevold (2001) omtaler også de psykologiske utfallene som kan prege den sykes hverdag. Hun poengterer blant annet at det ikke er uvanlig at slagrammede blir isolert og har liten sosial kontakt. Dette kan for eksempel være et resultat av at vedkommende sitter i rullestol og har vanskelig for å forflytte seg eller på grunn av kommunikasjonsproblemer som kan være en kilde til skamfølelse og lav selvtillit. Kirkevold (2001) mener at pasientens forutsetninger til å mestre sin situasjon avhenger mye av hvilke mestrings situasjoner han har opplevd tidligere, hvilke ressurser han besitter og hvilke innstilling han har til det å jobbe for å kunne leve et fullverdig liv.

Slagrammede opplever ofte å få problemer med språket, også kalt afasi. I noen tilfeller kan afasirammede isolere seg fordi de er redde for å føre en samtale med andre. Dette

grunner hovedsaklig i engstelse for ikke å finne de riktige ordene. Afasi kan derfor være et opphav til både skam og nedstemthet hos slagpasienter (Ringdal 2003, kap.3).

3.3.2 Pårørendes opplevelse av sykdomssituasjonen

I begynnelsen av sykdomsprosessen mener Kirkevold (2001) familien ofte vil være lite opptatt av sine egne behov og sette alt til side. Hun mener også at hos de fleste pårørende vil et alvorlig sykdomstilfelle hos et familiemedlem være et opphav til følelser som angst, nedstemthet og psykisk ubehag. Hun påpeker at ektefellen ofte blir spesielt påvirket av livssituasjonen og at dette i mange tilfeller kan føre til både depresjoner og nedsatt livskvalitet. Kirkevold (2001) mener at mange pårørende kan oppleve å bli sosialt isolert fordi de føler et ansvar for å være tilgjengelig for den slagrammede. Hun påpeker at det også kan oppleves meningsfullt for den pårørende å kunne vise omsorg for den slagrammede, men at det kan være visse farer ved å påta seg for mye ansvar med tanke på fysiske og psykiske belastninger på senere tidspunkt. Kirkevold (2001) legger vekt på viktigheten av at familien er til stede og støtter og motivere i rehabiliteringsprosessen. Dette mener hun er med på å bygge håp hos pasienten og hjelper ham med å holde humøret oppe. Familien har også en viktig rolle når pasienten kommer hjem, da hun mener de pårørende inntar en mer aktiv «trenerrolle» overfor pasienten også med tanke på fysisk hjelp, organisering og planlegging.

Med tanke på familielivet påpeker Kirkevold (2001) at omrokeringer på oppgaver må forventes, og mange opplever rollebytter ved at de nå må ta seg av oppgaver og funksjoner i familien som den slagrammede tidligere hadde ansvaret for. Når man på denne måten blir kastet inn i en ny rolle, kanskje uten noen å rådføre seg med, mener Kirkevold (2001) situasjonen kan bli svært stressende for vedkommende og resultere i frustrasjon. Dette kan videre ha betydning for forholdet familiemedlemmene imellom.

Flere studier er gjort på hvordan pårørende opplever livssituasjonen etter slag. Blant annet utførte Draper (2007) en undersøkelse med 44 slagrammede og deres ektefelle for å se slagets innvirkning på ektefellen. Undersøkelsen viste at en stor del av de spurte

pårørende følte rollen som omsorgsperson for den slagrammede som belastende. Det viste seg også at den nye tilværelsen i de fleste tilfeller hadde resultert i en eller annen grad for psykisk påvirkning hos ektefellen. Drapers (2007) undersøkelse viste også at belastningen var større blant de pårørende med omsorg for en slagrammet med språkforstyrrelser som utfall (Journal of Clinical Nursing s. 264-271). Også Kognitiv Rehabiliteringsenhet Sunnås Sykehus gjort en del observasjoner i forhold til pårørende. De har nå sammen med Rehabilitation Hospital of Indana gått i gang med et forskningsprosjekt ved å arrangere TAKLE-kurs som er beregnet på pårørende og pasienter sammen. Hensikten med prosjektet er å hjelpe den slagrammede og deres pårørende i å takle utfordringer og øke livskvaliteten (Slagordet, 2008 s.7).

4 Kriser

I dette kapitlet beskrives hva som skjer når et menneske rammes av alvorlig sykdom og en krise oppstår. Her beskrives også de ulike følelsene som kan dukke opp i en krisesituasjon.

4.1 Hva er en krise?

Hendelser som rammer et menneske plutselig og uventet kan ofte oppleves som uforståelige og ikke minst urettferdig. Typiske situasjoner som kan oppleves på denne måten er for eksempel alvorlige sykdommer og skader, økonomiske tap eller dødsfall i familien. Vedkommende befinner seg altså i en situasjonskrise (Kringlen, 2001 kap.10). Kriser defineres i Gyldendals store medisinske ordbok (2003) på følgende måte:

«en psykisk insuffisiensreaksjon i forbindelse med psykologisk traumatiserende opplevelser som individet ikke fullt ut greier å håndtere. Består av flere faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen.»

Kringlen (2001) deler videre krisen opp i flere faser:

- Sjokkfasen som karakteriseres av apati, raseri eller benektelse.
- Reaksjonsfasen som karakteriseres av søken etter mening og behov for å snakke.
- Reparasjonsfasen der vedkommende begynner å godta sin skjebne.
- Nyorienteringsfasen der vedkommende har tilpasset seg de forandringen hendelsen bragte.

4.2 Følelser som oppstår i krisesituasjoner

4.2.1 Tilbaketrekning og frustrasjon

Frustrasjon er en følelse som oppstår når man møter en hindring på vei mot et mål. Når følelsen oppstår kan noen reagere uhensiktsmessig og trekke seg tilbake og isolere seg. Utfallet av en sånn reaksjon blir ofte at man utsetter å ta seg av det virkelige problemet eller man overlater til andre å løse situasjonen (Håkonsen, 2003 kap.17).

4.2.2 Frykt og angst

Disse uttrykkene brukes ofte om hverandre og kan variere fra utrygghet til panikk. Frykt er en normal reaksjon som oppstår ved truende situasjoner, og vedkommende vet hva han er redd for. Angst derimot er en overdreven og urasjonell fryktreaksjon, og den kan oppstå uten at vedkommende vet hva han frykter (Håkonsen, 2003 kap.17).

4.2.3 Depresjon og tristhet

Disse reaksjonene har opphav i følelsen av å være mislykket og utilstrekkelig som menneske. Tristhet er en lettere form for nedstemthet, mens depresjon kan beskrives som en dypere følelse der vedkommende ikke ser noen lyspunkter i livet eller muligheter for endring i livssituasjonen. Depresjon varer også gjerne over lengre tid (Håkonsen, 2003 kap.17).

5 Mestring

Dette kapitlet beskriver mestringsstrategier som tas i bruk når mennesket befinner seg i en vanskelig situasjon og opplever en krise.

5.1 Hva er mestring?

Mestring deles av Lazarus og Folkman (1984) opp i to hovedformer, problemfokuset og følelsesmessig fokusert mestring. De definerer mestring på følgende måte:

«Mestring beskriver individets måte å forholde seg til og løse en situasjon eller hendelse på som medfører mistrivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet»

(referert i Håkonsen, K. M., 2003: 303).

5.2 Problemfokuset mestring

Ved problemfokuset mestring setter fokus på problemene og utfordringene i den situasjonen man står i som kan løses. Denne formen for mestring forutsetter at man er i stand til å identifisere problemet og at man kan finne en løsning for å forandre eller fjerne problemet på. Evnen til problemfokuset mestring baserer seg på de erfaringer vi har, og ens evne til å analysere og forstå et problemområde (Håkonsen, 2003 kap. 17).

5.3 Følelsesmessig fokusert mestring

Ved følelsesmessig fokusert mestring ønsker man å endre den vanskelige eller ubehagelige situasjonen, men forsøker å redusere angsten knyttet opp mot situasjonen. Dette kan resultere i at vi aksepterer situasjonen eller lærer å leve med den. Disse følelsesmessige mestringsstrategiene kan være både hensiktsmessig og uhensiktsmessig (Håkonsen, 2003 kap. 17).

Hensikten med forsvarsmekanismer er å stenge vonde tanker og impulser ute ved å forandre virkeligheten (Håkonsen, 2003 kap. 17). Videre beskrives noen typer forsvarsmekanismer.

5.3.1 Fortrengning

Ved denne typen mestring skyver vedkommende tanker, følelser og impulser bort fra bevisstheten. Denne forsvarsmekanismen kan inntre i situasjoner som forbindes med skam og skyld eller ved akutte traumer. Fortrengte opplevelser som forblir ubearbeidet mener Freud vil presse seg frem i bevisstheten og skape angst (Freud, S. referert I: Håkonsen, 2003 kap. 17).

5.3.2 Rasjonalisering

Denne mekanismen tar vi i bruk når vi trenger å akseptere en situasjon som har gjort et stort inntrykk på oss. Måten dette gjøres på er å gi situasjonen mindre viktighet enn det den i utgangspunktet hadde (Freud, S. referert I: Håkonsen, 2003 kap. 17).

5.3.4 Reaksjonsdannelse

Gjennom denne mekanismen skjuler man de følelsene som egentlig foreligger og framtrer som det stikk motsatte. Dette gjelder spesielt i forhold til tanker som er sosialt uakseptable. For eksempel hvis man oppfatter noen som en byrde og hindring for ens egen utvikling, men likevel bruker mye tid på vedkommende. Dette resulterer ofte i at man gir tvetydige signaler til den andre (Freud, S. referert I: Håkonsen, 2003 kap. 17).

5.3.5 Forskyvning

Med dette menes at man lar sine følelser og frustrasjoner gå ut over et annet menneske eller mennesker som er uskyldige i situasjonen, men som ikke utgjør noen trussel. På denne måten lettes det trykket som følelsene og tankene forårsaker (Freud, S. referert I: Håkonsen, 2003 kap. 17).

6 Joyce Travelbees sykepleieteori

Dette kapitlet omhandler Joyce Travelbees sykepleieteori og gir en beskrivelse av metodene hun mener en sykepleier bør ta i bruk for å hjelpe den sykdomsrammede til mestring.

6.1 Presentasjon av Joyce Travelbees synspunkter

Travelbees sykepleiemodell er mest kjent for å sette enkeltmennesket i fokus og legger stor vekt på sykepleierens personlige egnethet i tillegg til faglig kompetanse. Sentrale begreper i hennes teori er blant annet menneske-til-menneske-forhold, empati, sympati, forståelse, håp og mestring (Kristoffersen 2002, bind 1 kap.6) .

6.1.1 Menneskesyn

Travelbee mener god sykepleie kun kan utøves ved å sette enkeltmennesket i sentrum og personen som et unikt individ. Dette begrunner hun med at hvert enkelt menneske har en individuell opplevelse av lidelse og tap. Hun legger også stor vekt på at alle mennesker har behov for å søke etter mening når de befinner seg i en situasjon med lidelse, smerte og sykdom. En slik mening kan bare enkeltindividet selv finne og vil derfor være svært individuell og personlig (i følge Kristoffersen 2002, bind 1 kap.6).

6.1.2 Helsebegrepet

Travelbee har ingen klar definisjon om helsebegrepet, fordi hun mener enkeltmenneskets oppfatning av helse er individuell. Hun påpeker at et menneske kan oppleve fravær av helse til tross for at mennesket ikke anses som sykt i medisinsk betydning, og omvendt. Altså er det mennesket selv som bestemmer om det er sykt eller friskt utfra hva det selv føler. Faktorer som ofte påvirker menneskets opplevelse av helse er om det er i stand til å fungere normalt i hverdagen, være med på dagligdagse aktiviteter eller er i stand til å arbeide (i følge Kristoffersen 2002, bind 1 kap.6)..

6.1.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon, gjennom ord, mimikk, tonefall, bevegelse og berøring, beskriver Travelbee som et av sykepleieren viktigste redskaper. I tillegg må pleieren kunne bruke seg selv terapeutisk. Med dette mener hun at sykepleieren må kunne være bevisst på sin egen atferd i samhandling med pasienten med hensikt å skape forandring hos pasienten. Travelbee mener at dette forutsetter at man har god selvinnsikt og forståelse av egen og andres atferd (i følge Kristoffersen 2002, bind 1 kap.6)..

6.1.4 Menneske-til-menneske-forhold

Menneske-til-menneske-forholdet er svært sentralt i Travelbees sykepleietenkning. For å virkelig kunne hjelpe den syke til å mestre og bære sin sykdom og finne mening i sykdomstilværelsen, mener hun at sykepleieren må lære pasienten å kjenne. Hun beskriver sykepleie som:

«en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren 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» (i følge Kristoffersen 2002, bind 1 kap.6).

Travelbee ser som en av sykepleierens viktigste oppgaver å understøtte håpet hos det lidende mennesket. Håpet beskriver hun som en tilstand der mennesket har et ønske om å oppnå et mål og at tilværelsen på en eller annen måte skal bli forandret og dermed mer meningsfylt og gledesrikt. Hun presiserer at det man håper på må være realistisk og mulig å oppnå. For å utvikle og bevare håp mener Travelbee det kreves en forvissing om at man vil motta hjelp fra en annen når det trengs, det krever også at man har valgmuligheter, er framtidorientert, har ønsker, tillit, mot og ikke minst utholdenhet (i følge Kristoffersen 2002, bind 1 kap.6).

Som nevnt er Travelbee opptatt av at sykepleieren og pasienten ser hverandre som unike personer og ikke betrakter hverandre som roller, altså opprette det hun kaller et menneske-til-menneske-forhold. For å oppnå dette belyser hun flere viktige faser i

interaksjonsprosessen. Den første fasen er det innledende møtet. Her mener Travelbee at førsteinntrykket av den andre personen dannes. Hvordan sykepleieren og pasienten oppfatter hverandre baseres her på observasjoner av den andres væremåte, handlinger og språk. Hun legger vekt på at sykepleieren må kunne vise genuin interesse for pasienten som person for å kunne yte god omsorg. Etterhvert vil både sykepleierens og pasientens virkelige identitet vise seg, og på dette stadiet vil sykepleieren begynne å forstå hvordan pasienten oppfatter sin situasjon (i følge Kristoffersen 2002, bind 1 kap.6).

Den neste fasen Travelbee nevner er empati. Begrepet forklarer hun som:

«evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da» (i følge Kristoffersen 2002, bind 1 kap.6).

Travelbee mener det er viktig for sykepleieren å ha empatisk forståelse for å virkelig kunne forstå menneskets atferd og tanker. Denne evne mener hun hele tiden utvikles ved sykepleierens erfaringer både gjennom livet og i sitt yrke. I det pasienten føler at sykepleieren forstår hans følelser, mener Travelbee det vil bli lettere for vedkommende å åpne seg. Videre sier hun at på dette stadiet hvor det er opprettet et tillitsforhold mellom pasient og pleier, blir sykepleieren mer forpliktet overfor pasienten (i følge Kristoffersen 2002, bind 1 kap.6).

Neste fase i interaksjonsprosessen er sympati, som Travelbee kaller et resultat av den empatiske fasen. Hun sier at for å føle sympati må sykepleieren ha et oppriktig ønske om å hjelpe pasienten i den situasjonen han er i. Sykepleieren skal i følge Travelbee vise engasjement og vise at man bryr seg, noe som hun også mener kan gjøre pasienten i bedre stand til å mestre sin situasjon (i følge Kristoffersen 2002, bind 1 kap.6).

Den siste fasen beskriver Travelbee som nær og gjensidig forståelse sykepleieren og pasienten imellom. Et slik forhold etableres når sykepleieren viser at hun bryr seg og hjelper gjennom å iverksette sykepleietiltak i samsvar med pasientens behov. Dette mener Travelbee forutsetter at sykepleieren innehar visse kunnskaper og ferdigheter (i følge Kristoffersen 2002, bind 1 kap.6).

Når et menneske-til-menneske-forhold er etablert, mener Travelbee sykepleieren kan begynne å vurdere hvilke områder pasienten kan trenge hjelp med. Denne prosessen starter med at sykepleieren gjennom observasjon finner ut pasientens behov. Videre vil sykepleieren gjennom samarbeid med pasienten få bekreftet eller avkreftet at disse behovene er korrekte. Travelbee sier videre at det er nå sykepleieren må vurdere sin egen kompetanse for å se om hun er i stand til å møte disse behovene. Er hun ikke det vil det være nødvendig å koble inn andre instanser eller helsearbeidere. I neste rekke vil sykepleieren legge en plan over hvordan hun skal løse oppgaven med å ivareta pasientens behov, og til slutt evaluere om de tiltakene som er satt i verk har vært hensiktsmessige i forhold til målet (i følge Kristoffersen 2002, bind 1 kap.6).

7 Kommunikasjon

I dette kapitlet gis en beskrivelse av hvordan man som sykepleier kan bruke kommunikasjon som et redskap for å opprette et tillitsforhold til den slagrammede.

7.1 Hva er kommunikasjon?

Kommunikasjon kan beskrives som å formidle, samhandle og gjøre noe felles, og hensikten er å gi et budskap til et annet menneske, få tilbakemelding fra dette mennesket og så gi beskjed om at budskapet er mottatt. Kommunikasjonen mennesker i mellom foregår på mange måter uten ord, men altså via mimikk, kroppspråk, tonefall og blikk (Ringdal 2003, kap.3). Håkonsen (2003, kap.14) definerer kommunikasjon på følgende måte:

«kommunikasjon er en type samhandling der to eller flere mennesker sender og mottar budskap, og der begge parter både presenterer seg selv og sitt budskap og foretar fortolkninger av den andre.»

7.2 Kommunikasjon med slagrammede

Den pårørende er en svært god ressurs med tanke på kommunikasjon med en slagrammet med afasi som utfall fordi de kjenner til hvilke interesser den rammede har og dermed kan gi tips om hvilke innfallsvinkler og metoder som fungerer best for samtale. Ved kommunikasjon med afasirammede er det viktig å snakke svært tydelig, ta det rolig og være tålmodig. Gjerne bruke papir og blyant hvis tegninger hjelper vedkommende å forstå innholdet bedre. Det er også svært viktig overfor afasirammede at nonverbal og verbal kommunikasjon samsvarer ellers kan det fort oppstå misforståelser, og situasjonen kan skape forvirring og bli ubehagelig for vedkommende (Ringdal 2003, kap.3).

Å kunne lytte aktivt er også en viktig kvalitet man som sykepleier må inneha for å kunne kommunisere med den afasirammede. Dette innebærer blant annet at man må

være i stand til å lese kroppspråket til den rammede, fordi dette ofte sier mer enn de ordene som kommer ut av munnen og derfor kan gi et bedre inntrykk av det han mener (Ringdal 2003, kap.3).

Det er viktig å vise respekt og inkludere vedkommende når beslutninger som gjelder ham skal tas, og sykepleieren må vise at hun har tillit til at han greier å kommunisere med henne. Det er også viktig å bygge opp under vedkommendes selvfølelse og følelse av å ha sitt intellekt i behold (Ringdal 2003, kap.3).

En undersøkelse gjort av Sundin, Jansson og Norberg (2001) ser på hvordan 10 pleiere ved en rehabiliteringsenhet bedre kan kommunisere med slagpasienter uten ord. Resultatet av undersøkelsen viste at trygghet, tillit og en balanse mellom nærhet og distanse var viktig. De oppdaget også at mye samvær med pasienten og det å møte ham på halvveien for å fremme forståelse var essensielt (Journal of Clinical Nursing, vol 9, nr.4 s.481-488).

8 Sykepleierens ansvar og oppgaver overfor den slagrammede familien

Dette kapitlet beskriver hvordan man som sykepleier med utgangspunkt i faglig kunnskap og personlige egenskaper kan hjelpe den slagrammede familien til mestring.

8.1 Å vurdere familiens behov for hjelp

Kirkevolds (2001) metode for vurderingen av behov for hjelp er å kartlegge all relevant informasjon om pasienten. Hun understreker at det er viktig å vurdere hans bakgrunn, ønsker og tidligere erfaringer som kan gi et bilde på hvordan han er i stand til å mestre situasjonen, ressurser og sosiale relasjoner. Hun mener også det er viktig å vurdere hvert enkelt familiemedlems fysiske og psykiske helse, samt om det foreligger andre belastninger på familien. Livsfasen de befinner seg i samt hvordan de opplever slaget og dets innvirkning på livssituasjonen er også relevant mener hun. Hun påpeker også at de pårørendes sykdomsforståelse og ressurser er viktig med tanke på mestring.

Når man vurderer familien som en enhet mener Kirkevold (2001) man må se på flere aspekter. De strukturelle aspektene omfatter blant annet familiens sammensetning, nettverk og økonomisk, kulturell og sosial bakgrunn. Under de utviklingsmessige aspektene ser hun på blant annet familiens livsfase, viktige hendelser, utviklingsmessige utfordringer og tilknytninger. Det siste hun vurderer er familiens funksjonelle aspekter som omfatter dagliglivets aktiviteter, problemløsning innad i familien, deres kunnskap om helse, grunnleggende verdier, roller, kommunikasjonsmønstre og familiens mestringsstrategier.

8.2 Å integrere slagets konsekvenser inn i livssituasjonen

Et hjerneslag vil snu om på familiens hverdag, og pasient og pårørende må på nytt tilpasse seg utfallet etter slaget med de konsekvenser det har. For den slagrammede kan dette bety at for eksempel stell, påkledning og måltider tar mye lengre tid enn før. Kanskje trenger han også assistanse. Noen opplever også at tidligere aktiviteter må legges bort på grunn av redusert energi eller funksjonshemninger. Familien trenger altså

å finne en struktur som fungerer godt for dem og finner løsninger for å ivareta de aktivitetene som er viktige (Kirkevold 2001).

Sykepleierens oppgave blir å hjelpe familien til å gjøre det beste ut av situasjonen. For å oppnå dette kreves det at sykepleieren støtter og gir konstruktive innspill. Dette kan hjelpe familien med å se muligheter og overvinne hindringer. Videre må sykepleieren bistå ved dannelsen av realistiske mål og aktiviteter. Det er også viktig at hun ser praktiske hindringer som gjør det unødvendig vanskelig for den slagrammede å fungere i hjemmet. For å klare å utføre denne oppgaven kreves kreativitet, mot og utholdenhet hos sykepleieren, og hennes viktigste hjelpemidler gjennom prosessen vil være innlevelse, engasjement og god kommunikasjon (Kirkevold 2001, kap.6).

9 Hjemmesykepleien

Dette kapitlet beskriver hvordan hjemmesykepleien skal fungere samt hvilke rammer som gjelder for utøvelse av sykepleie generelt og innenfor hjemmesykepleie.

9.1 Hjemmesykepleiens funksjon og rammer

Karoliussen og Smeby (2000) beskriver hjemmesykepleien som et alternativ eventuelt et tilleggstilbud til institusjonsinnleggelse så sant behandlingen og observasjonen kan utføres forsvarlig i pasientens bolig. På grunn av at hjemmesykepleie er et svært selvstendig yrke med stort ansvar, er det viktig at jobben utføres av kvalifisert personell. Hovedfokus for hjemmesykepleien ser Karoliussen og Smeby (2000) på som medisinsk pleie av den syke, og tilbudet skal være for alle som trenger pleie, omsorg og behandling på grunn av psykiske eller fysiske årsaker.

I følge kommunehelsetjenestelovens §1-3 plikter kommunen å ha tilbud som fastlegeordning, fysioterapi og sykehjem. Karoliussen og Smeby (2000) ser på det tverrfaglige samarbeidet mellom disse som svært viktig for at hjemmesykepleieren skal kunne yte god service. Spesielt viktig er samarbeidet med pasientens fastlege. Når pasienten har sammensatte problemer er det tverrfaglige samarbeidet særs viktig for å sikre pasienten best mulig hjelp. Helsepersonellovens §4 som omhandler forsvarlighet gir klare linjer for når behovet for tverrfaglig samarbeid skal evalueres:

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.»

Karoliussen og Smeby (2000) mener det er viktig å kartlegge de tilbudene som finnes i kommunen og ellers innenfor rekkevidde. De fokuserer også på ulikheten i

sykepleierrollen når man yter sykepleie hjemme hos pasienten kontra det å utføre sykepleie ved en institusjon. De mener maktforholdene blir jevnere og at det derfor skal legges mye mer vekt på pasientens selvbestemmelsesrett i hjemmesykepleien. Sykepleieren inntar mer en gjesterolle og hjelpen blir i større grad gitt etter pasientens premisser. Dette omtales i pasientrettighetslovens §4-1, krav til samtykke:

«Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis. »

For at den syke skal kunne klare seg hjemme på best mulig måte mener Karoliussen og Smeby (2000) dette forutsetter at hjemmesykepleieren underviser både pasienten og pårørende. Viktigheten av å informere både pasient og pårørende understrekes også i pasientrettighetslovens §3-2 som omhandler pasientens rett til informasjon. Her slås det blant annet fast at informasjonen som gis skal være tilpasset slik at pasienten får innsikt i sin egen helsetilstand samt hva helsehjelpen inneholder. Pasientrettighetslovens §3-3 omhandler den nærmeste pårørendes rett til informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelpen dersom pasienten samtykker til det.

Hjemmesykepleien inngår som et av kommunens ordinære tilbud. I følge Hallandvik (2002) er tilbudet fra kommune til kommune svært varierende, men det settes krav til en minstestandard. Dette reguleres blant annet gjennom lov om helsetjeneste i kommunen. Denne loven slår blant annet fast at det er kommunens plikt å ha oversikt over helsesituasjonen i befolkningen (Mæland 2005). Den slår også fast at faktorer som påvirker helsetilstanden skal kartlegges og det skal legges opp til tverrfaglig samarbeid mellom de ulike offentlige tjenester, frivillige organisasjoner eller lokalbefolkning hvis det er behov for dette (Mæland 2005).

10 Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien gjennom kommunikasjon og tilrettelegging bidra til mestring hos denne slagrammede familien?

I dette kapittelet drøfter gir jeg forlag på løsninger av ovennevnte problemstilling med utgangspunkt i teorien beskrevet tidligere og gjennom bruk av den problemløsende prosessen.

For å svare på problemstillingen tar jeg utgangspunkt i pasienthistorien som ble presentert i innledningen. Som Hallandvik (2002) understreker, varierer hjemmesykepleietilbudet fra kommune til kommune svært mye. Jeg vil anta dette har opphav i hvordan kommunene velger å organisere og bruke hjemmesykepleien på samt kommunens økonomi. Jeg beskriver nedenfor hvordan jeg mener hjemmesykepleien burde fungere, men er klar over at det ikke alltid vil være like lett å gjennomføre dette i praksis på grunn av for eksempel underbemanning eller mangel på fagkunnskap og kompetanse.

Jeg vil starte med å vurdere enkeltpersonenes opplevelse av livssituasjonen, noe som Travelbee understreker er viktig for å identifisere problemer og behov.

10.1 Pasientens opplevelse av livssituasjonen

Som både Travelbee og Kirkevold understreker må man lære pasienten å kjenne før man virkelig kan forstå hvordan han opplever sin egen situasjon, men ut fra de opplysningene som står i caset kan man iallefall danne seg et førsteinntrykk av herr Olsen.

Herr Olsen er en mann som har fått snudd helt om på livet på et øyeblikk. Dette er en opplevelse som ville ha gått innpå en hver av oss. I herr Olsens tilfelle har det resultert i en del fysiske og emosjonelle forandringer. Slik jeg forstår Kringlen (2001) vil en alvorlig sykdom som i dette tilfellet truer vedkommendes identitet og gir store endringer i funksjonalitet utløse en krisereaksjon. Slik jeg tolker situasjonen kan det virke som herr Olsen fortsatt befinner seg i reparasjonsfasen av krisebearbeidelsen. Han virker veldig bestemt på å skulle klare seg selv. Hvorfor han ikke vil ta imot mer hjelp fra hjemmesykepleien blir bare spekulasjoner, men det kan for eksempel være på grunn av stolthet, vansker med å se mulighetene som åpner seg ved å slippe andre inne eller

mangel på forståelse for at hans handicap er en stor belastning på ektefellen.

Som Kirkevold (2001) påpeker kan det være problematisk å delta i de samme aktivitetene og klare seg selv avhengig av utfallet etter hjerneslaget. For herr Olsen som har nedsatt kraft i høyre side og sitter i rullestol, er det vanskeligere å delta på de aktivitetene han før hadde stor glede av. Dette grunner i redusert framkommelighet, men kan også ha rot i nedsatt selvfølelse på grunn av afasi og fysisk funksjonshemming. Herr Olsen ser derfor ut til å ha trukket seg mer tilbake, og isolert seg fra omverdenen. Slik jeg forstår Håkonsen (2003) distanserer herr Olsen seg på denne måten fra problemet i stedet for å finne løsninger på problemet gjennom for eksempel tilrettelegging. Ut fra Freuds teorier om forsvarsmekanismer mener jeg at herr Olsen bruker en uhensiktsmessig måte å mestre situasjonen på. Enten fortrenger han hele problemet og later som om det ikke er der, eller han tar i bruk rasjonalisering, altså tenker han for eksempel «den fotballen er det ikke så nøye med likevel» eller «hvorfør skal jeg ha sosial kontakt eller hjelp fra andre når jeg har kona». Freud har videre poengtert at fortrenge følelser ofte dukker opp igjen på et senere stadie og kan da utløse angst. Om ikke herr Olsen allerede har utviklet et angstproblem, vil det være overhengende fare for at dette skjer på et senere tidspunkt hvis han ikke får bearbeidet sine følelser på en skikkelig og hensiktsmessig måte.

Travelbee poengterer viktigheten av håp i en vanskelig sykdomssituasjon. Ut fra det faktum at herr Olsen sliter med nedstemthet og depresjoner, vil jeg tro det er vanskelig for ham å se lyst på sin livssituasjon og mulighetene for å få en bedre hverdag. Jeg vil også tro han har vansker med å se de ressursene han faktisk har og derfor føler seg utilstrekkelig som person. Situasjonen kan derfor virke svært håpløs.

Kirkevold (2001) ser på nettverket rundt den slagrammede som svært viktig med tanke på støtte, motivering og underbygging av håp. Slik jeg ser herr Olsen utnytter han ikke de kontaktene han hadde før slaget inntraff til det fulle. Da tenker jeg spesielt på venner gjennom fotballklubben og jobben. Jeg vil tro at på grunn av dette er han blitt svært avhengig av sin kone både med tanke på å gjøre sin egen hverdag meningsfull og for å opprettholde sin egen selvfølelse i tillegg til personlig pleie og andre daglige gjøremål.

Slik jeg forstår Kirkevold (2001) er det vanlig at slagpasienten blir svært opptatt av sin egen tragiske situasjon og derfor kan opptre svært egoistisk og ikke tenke så mye på de nærmeste rundt seg og hvordan sykdommen påvirker deres hverdag. I herr Olsens tilfelle kan det virke som om han forventer at kona skal stille opp hundre prosent. Siden han ikke ønsker mer hjelp fra hjemmesykepleien men vil klare seg på egen hånd, kan det også virke som han har liten kunnskap om hvor stor belastning familiens hverdag er på kona og hvor mye som kreves av henne.

10.2 Ektefellens opplevelse av livssituasjonen

Nære pårørende har som Kirkevold (2001) understreker en tendens til å sette sitt eget liv i parentes når et familiemedlem rammes av alvorlig sykdom. Fru Olsen har sluttet i jobben og satt syklubben til side, og har nå i seks måneder hatt sin fulle oppmerksomhet mot ektemannen og hans sykdom. Slik jeg ser det begynner hun nå å merke hvor stor oppgave hun har påtatt seg og begynner å bli sliten. Jeg tror det er lett å havne i denne situasjonen og at mange pårørende opplever det samme.

Det er vanlig å ville være til stede så mye som mulig når et familiemedlem blir rammet av slag, og jeg antar fru Olsen har fulgt mannen gjennom hele rehabiliteringsprosessen, gitt ham støtte, hjulpet ham og samtidig tilegnet seg mye ny kunnskap om hvordan hun kan assistere ham på best mulig måte. Når tiden kom for å reise hjem, var hun kanskje innstilt på å innta trener- og pleierrollen som Kirkevold (2001) omtaler uten å egentlig være klar over hvor tungt det ville bli etterhvert. På dette tidspunktet har antagelig ektemannen blitt svært avhengig av henne og kanskje føler hun det vanskelig å ta opp problemet med ham fordi hun er redd for at han skal føle seg som en belastning, og bli sint eller lei seg. Siden ektemannen ikke ønsker å ta imot hjelp fra andre og sønnene er i full jobb og opptatt med egen familie vil jeg tro hun føler seg litt låst og alene i situasjonen og begynner å se på hele livssituasjonen som håpløs.

Sosial kontakt er som Kirkevold (2001) og Travelbee uttrykker svært viktig for alle mennesker. I fru Olsens tilfelle vil jeg anta hun har lite sosial kontakt med andre. Dette baserer jeg på at hun har sluttet både i jobb og med syklubben, og at ektemannen mer eller mindre har isolert seg fra omverdenen. Fordi ektemannen trenger mye fysisk og

psykisk støtte vil jeg tro det er få anledninger hvor fru Olsen kan bruke tid på seg selv eller sammen med venner. Dette gjør det vanskelig å få nye inntrykk som jeg mener er viktig for menneskets vekst. Hun får også få anledninger til å snakke om hvordan hun egentlig og lette på frustrasjoner. Slik jeg ser det er det vanskelig å bli sint på eller klage til et sykt familiemedlem, og hvis fru Olsen holder alle tanker og frustrasjoner for seg selv kan det til slutt resultere i utvikling av angst eller depresjon. Det kan også være vanskelig å få uttrykt hvordan man egentlig har det når familie og venner er på besøk fordi ektemannen er til stede.

Med en ektemann som er mye deprimert og følelsesmessig labil vil jeg tro dette også påvirker fru Olsen velvære. Kirkevold (2001) snakker om faren for å bli psykisk og fysisk overbelastet over tid, og slik jeg forstår det vil man bli sliten av gjentatte forsøk på å motivere en person som kun ser håpløshet og negativt på livet. Ektemannens emosjonelle tilstand kan også føre til at hans frustrasjon gjerne går ut over ektefellen. Dette er en reaksjon som Freud omtaler som forskyvning. Slik jeg ser på denne situasjonen vil trykket som følelsene skaper hos herr Olsen lettes, mens frustrasjonen hos fru Olsen vil bare vokse og utvikle det Freud omtaler som reaksjonsdannelse.

10.3 Slagets innvirkning på familien

Når et familiemedlem blir alvorlig syk og dette resulterer i funksjonssvikt som er tilfellet ved hjerneslag kan dette som Kirkevold (2001) omtaler resultere i rollebytter eller at rollene forandrer seg. Jeg vil tro det er riktig å anta at dette også gjelder herr og fru Olsen. Som et eksempel var begge i jobb før slaget inntraff, og på nåværende tidspunkt er begge uten jobb og har derfor ingen inntekt annet enn det de eventuelt mottar fra sosialkontoret og trygdekassen. Med andre ord kan det hende familien opplever at økonomien er stram og at det ikke er lett for fru Olsen å styre økonomien. Hvis det nå var herr Olsen som hadde ansvar for økonomien før slaget inntraff, kan det også være en enda vanskeligere oppgave for fru Olsen å ta over fordi det er mye hun skal sette seg inn i.

Herr Olsen vil også oppleve et rollebytte med tanke på det å være den hjelpetrengende med sin kone som omsorgsperson. Hvordan herr Olsen føler på dette er vanskelig å si, men det å føle seg avhengig av noen kan som Kirkevold (2001) sier skape en skjevhet i maktbalansen. Jeg vil derfor tro det er riktig å anta at herr Olsen føler han sitter i en offerrolle, mens fru Olsen føler hun sitter med et veldig stort ansvar i omsorgsrollen. Slik jeg tolker Kirkevold (2001) kan dette føre til konflikter dem i mellom og resultere i svikt i kommunikasjon og samhandling. Ekteparet Olsens kommunikasjonssvikt viser seg slik jeg ser det ved at det kun er enveiskommunikasjon, altså herr Olsen uttrykker sine følelser overfor sin kone, mens hun stenger det meste av sine følelser inne.

10.4 Etablering av menneske-til-menneske-forhold

Som hjemmesykepleier vil jeg møte en del utfordringer hos familien Olsen. Det første som jeg også vil betrakte som et vanskelig hinder å komme over, er det faktum at herr Olsen er skeptisk til å motta hjelp fra hjemmesykepleien. Som sykepleier må jeg derfor finne en måte å opprette et tillit og trygghetsforhold til herr Olsen. Måten jeg vil gjøre dette på er, som Ringdal (2003) poengterer viktigheten av, å ta meg god tid i samtale med ham, vise tålmodighet og som Travelbee understreker, vise empatisk forståelse og sympati. Jeg må altså forsøke å opprett det Travelbee kaller et menneske-til-menneske forhold til herr Olsen.

Det første møtet mellom hjemmesykepleier og pasient er som Travelbee nevner svært viktig. I denne situasjonen har hjemmesykepleieren vært i kontakt med familien Olsen i to måneder på tilsynsbesøk og omstendighetene tyder på at det første møtet med herr Olsen ikke har forgått på en hensiktsmessig måte. Slik jeg ser det er det nå svært viktig for meg som sykepleier å hjelpe herr Olsen til å få bedre innsikt i familiesituasjonen slik at han på denne måten innser at det er behov for forandringer samt noe mer assistanse fra for eksempel hjemmesykepleien.

For å klare å opprette et menneske-til-menneske forhold med herr Olsen på dette stadiet, krever det at jeg innehar god kunnskap blant annet om hvordan man kommuniserer med en afasirammet. Dette er et krav til meg som sykepleier som også slås fast i

pasientrettighetsloven §3-3. Som Ringdal (2003) understreker vil jeg derfor sørge for at måten jeg kommuniserer på samsvarer med verbalspråket, kroppspråk, mimikk og tonefall. Hvis jeg også klarer å fremtre som vennlig, oppriktig og lytte aktivt overfor herr Olsen, kan dette skape gode relasjoner oss imellom og bidra til å skape trygghet hos ham. Som hjemmesykepleier hender det man har det travelt og i disse tilfellene mener jeg det er viktig at man likevel er i stand til å forholde seg rolig, og ikke viser at man er stresset, med andre ord man skynder seg sakte. Dette ser jeg på som essensielt for at herr Olsen skal føle at hans følelser og problemer er viktig for meg. Slik jeg ser det er dette en måte å sette enkeltmennesket i sentrum som Travelbee understreker viktigheten av.

For å kunne innlede en god samtale med herr Olsen må jeg først og fremst vite litt om hvilke interesser han har. Slik jeg tolker Travelbee er det viktig at jeg ser herr Olsen som helhet og ikke bare sykdommen. Det kan for eksempel være en idé å innlede en samtale om fotball siden han var en ivrig fotballentusiast eller snakke om andre hverdagslige ting som interesserer ham. Jeg vil bruke fru Olsen som en ressurs i denne prosessen, da hun har bedre kunnskap om hva herr Olsen liker å snakke om. Slik jeg ser det er dette en bedre måte å bli kjent med pasienten på enn å kaste seg direkte på spørsmål om følelsesliv og funksjonsnedsettelsens innvirkning på hverdagslivet. Jeg mener det er stor risiko for å trå inn i pasientens intimsfære og gjøre det ubehagelig for pasienten hvis man tar opp personlige spørsmål for tidlig. Forhåpentligvis vil herr Olsen etterhvert få mer tillit til meg og åpner seg mer i forhold til hvordan sykdomstilstanden påvirker hverdagen, samtidig som jeg får mer forståelse for hans situasjon.

Når jeg nå som sykepleier begynner å få en bedre forståelse for hvordan herr Olsen opplever situasjonen blir jeg nødt til å bruke mine tidligere erfaringer og fagkunnskaper for å sette meg inn i herr Olsens situasjon. Det som Travelbee kaller empati. Både erfaringer fra privatlivet og fra tidligere pasienter kan gi meg et inntrykk av hvordan herr Olsen har det. Slik jeg ser det har han vært gjennom en tøff periode hvor han på grunn av sin sykdom ikke lenger makter å gjøre noe av det han tidligere satte pris på. Og det å trene seg tilbake kan være en stor jobb som krever mye vilje og motivasjon. For noen kan det virke enklere og mer fristende å bare gi opp. Slik jeg tolker Travelbee

og Kirkevold (2001) er det i disse situasjonene det er viktig å ha noen rundt seg som støtter og hjelper til å motivere, og jeg ser på dette som en viktig sykepleieroppgave.

Empati glir som Travelbee omtaler langsomt over i sympati. På dette stadiet har jeg et ønske om å hjelpe herr Olsen med de problemer han måtte ha. Og jeg gir også uttrykk om dette overfor herr Olsen. Det er nå viktig at jeg er i stand til å identifisere hvilke behov herr Olsen og også hans kone har, for å kunne løse situasjonen sammen med ekteparet på en best mulig måte.

Etterhvert som herr Olsen begynner å stole på meg, kan jeg begynne å gjøre ham mer oppmerksom på hans livssituasjonen og ikke minst hans ektefelles livssituasjon. Samtidig vil jeg prøve å oppmuntre herr Olsen til å forandre situasjonen, altså til det Håkonsen (2003) omtaler som problemfokustert mestring. Før dette skjer er det viktig at jeg gjennom samtaler med kona får et riktig inntrykk av hvordan hun har det, og at hun samtykker i at jeg tar opp problemet. I denne prosessen er det viktig å inkludere begge parter slik at ingen får inntrykk av at det snakkes over hodet på noen. Slik jeg tolker Kirkevold (2001) mener jeg dette er en viktig del av prosessen i å forandre herr Olsens syn på livssituasjonen.

Måten jeg formulerer meg på ser jeg som svært avgjørende. Det er en viss fare for at herr Olsen vil føle seg som en stor belastning på sin kone hvis jeg velger ordene mine feil. For eksempel kan jeg nærme meg problemet ved at han selv identifiserer seg med sin kone og ser at hennes situasjon sosialt sett er mye lik hans egen. Jeg kan for eksempel si at «Føler du ikke at det blir litt ensomt for deg og din kone å sitte hjemme hele dagen?» eller gi det hele en mer positiv vending for dem begge ved å si «hvis du lar oss i hjemmesykepleien assistere litt ved trening og hjelpe med tilrettelegging kan det jo hende du kan bidra litt i fotballklubben igjen. Samtidig får kona di litt tid til å treffe venninnene i syklubben. Det kan jo bli en fin avløsning for dere begge». Slik jeg tolker Travelbee har jeg i dette øyeblikk forpliktet meg til familien på en ny måte. Det vil nå være viktig at jeg som sykepleier innfrir deres forventinger til meg, og at jeg er i stand til å opprette kreative og funksjonelle løsninger som fungerer for familien Olsen.

Etterhvert som jeg nå har blitt kjent med familien kan jeg begynne å identifisere deres ressurser. De har to sønner som bor i nærheten, og hvis de blir gjort oppmerksom på problemet kan det hende de stiller opp litt mer. Kanskje også barnebarna kan gi ekteparet et lyspunkt i hverdagen ved at de stikker innom litt oftere og. Det er slik jeg tolker Kirkevold (2001) viktig at også øvrig familie blir gjort oppmerksom på viktigheten av å motivere og underbygge håpet hos pasienten. Herr Olsens fremtidsutsikter og mulighet for bedring ser gode ut ifølge legen, og dette er et godt utgangspunkt som også kan brukes for å motivere herr Olsen ytterligere. Han har en svært omsorgsfull kone som gjerne støtter og hjelper ham med praktiske situasjoner og har et klart ønske om at mannen skal bli bedre. Hvis hun får litt avlastning tror jeg hun også vil bli en enda bedre ressurs for ektemannen da hun får tid til å restituere seg av og til. Han hadde et bredt sosialt nettverk gjennom jobb og interesser før slaget inntraff, og har derfor mulighet til å opprette kontakt med gamle venner. Han har full funksjonalitet i venstre side har derfor muligheten til å lære hvordan han kompenserer for den reduserte kraften i høyre side. Kanskje kan han for eksempel øve seg på å skrive med venstre hånd. Familien bor i utkanten av Oslo, og jeg vil derfor anta det er mange tilbud man kan benytte seg av uten altfor lang reisevei.

10.5 Identifisering av problemer og familiens behov for hjelp

I løpet av prosessen med å skape et menneske-til-menneske forhold til herr Olsen vil jeg som Kirkevold (2001) understreker viktigheten av ha tilegnet meg en del kunnskap om hva som er viktig for ham, hvilke ønsker han har for fremtiden samt identifisere ressurser og mestringsevne. Hva familien har vært gjennom før gir som Kirkevold (2001) påpeker et grunnlag for mestring av ulike situasjoner. For eksempel vil informasjon om andre alvorlige sykdomstilfeller, dødsfall eller andre hendelser som har gjort sterkt inntrykk på herr Olsen og hvordan han taklet disse situasjonene være viktig.

Slik jeg opplever familien Olsen vil jeg betrakte deres livssituasjon som dysfunksjonell, med mange ting å ta tak i. Som sykepleier kan jeg ikke utføre noen oppgaver i familien Olsens hjem uten å ha samtykke fra herr Olsen først, dette omtales også i pasientrettighetslovens §4. Det er derfor svært viktig at jeg nå gjennom god og riktig

kommunikasjon har klart å overbevise herr Olsen om at det er nødvendig å gjøre forandringer i hverdagen slik at både han og fru Olsen kan få mer glede av livet. Sett at jeg nå har fått samtykke fra herr Olsen, kan jeg begynne å identifisere problemer og behov.

Slik jeg ser det er herr Olsens største problem først og fremst psykisk. Han har depresjoner og emosjonelle svingninger. Denne emosjonelle tilstanden kan være grunnen til at han nå er tiltaksløs og lite motivert med tanke på videre rehabilitering. Depresjoner oppstår som Håkonsen (2003) understreker når man føler seg mislykket og utilstrekkelig. Hjerneslaget har påvirket herr Olsens funksjonalitet på mange plan. De mest essensielle forandringene som har påvirket herr Olsen i stor grad emosjonelt mener jeg er afasien og paresene. Afasi kan som Ringdal (2003) understreker være en kilde for både skamfølelse og nedstemthet. Jeg mener også paresene og det faktum at han sitter mye i rullestol også har innvirkning på hans psyke. Han som tidligere var svært fysisk aktiv i sitt yrke som postmann, sitter nå med en følelse av hjelpeløshet. Slik jeg ser det kan frustrasjonen ved å ville noe, men ikke få det til bryte ned både selvtillit og selvrespekt hos herr Olsen. Når det samtidig er mangel på hjelpeapparat rundt familien og dermed mangel på støtte og motivasjon, er det større fare for at pasienten gir opp. Slik jeg ser det er også herr Olsens sykdomsforståelse og innsikt i sin egen helsetilstand noe begrenset. Det virker ikke som han er klar over sitt potensial til å bedring. Jeg tror mye av problemet ligger i at han ønsker å bli bedre, men vet ikke hvordan.

Fru Olsen har tatt seg av sin mann på egen hånd de siste to månedene. Jeg får inntrykk av at hun selv mener å ha påtatt seg en altfor stor oppgave og at hun er sliten. På grunn av dette kan det ha vært vanskelig for fru Olsen å være like støttende og motiverende overfor sin mann hele tiden fordi hun bruker all sin energi på å hjelpe ham med praktiske gjøremål som for eksempel personlig stell, hjelp opp av senga om morgenen, påkledning, matlaging og ellers det som trengs å gjøres i huset samtidig som hun også må forholde seg til hans emosjonelle svingninger. Slik jeg ser det har fru Olsen også få muligheter til å lade batteriene i løpet av dagen, og har derfor blitt fullstendig utslitt og vil ikke greie å ivareta disse oppgave stort lenger. Pårørende er som både Ringdal (2003) og Kirkevold (2001) påpeker den viktigste ressursen med tanke på motivering i

rehabiliteringsprosessen. Hvis den pårørende blir overbelastet som i fru Olsens tilfelle, kan hun selv også begynne å se håpløsheten i situasjonen i stedet for mulighetene til forandring til det bedre.

10.6 Integrering av slagets konsekvenser inn i livssituasjonen

For å løse dette har jeg valgt å bruke Travelbees problemløsende prosess som også kan sammenlignes med sykepleieprosessen, Jeg har allerede gjennom observasjoner og kommunikasjon kartlagt pasientens behov og her nevner jeg:

- behovet for ivaretagelse av personlig hygiene
- behovet for opprettholdelse næringsinntak
- behovet for aktivitet som gir fysisk bevegelse og stimulerer intellektuelle evner
- behovet for balanse mellom det å være alene og ha sosial kontakt

Samtidig er det også viktig at jeg gjennom observasjon og kommunikasjon vurderer herr og fru Olsens ressurser slik at jeg vet hvor mye assistanse som trengs på de forskjellige områdene.

Før jeg setter i gang utvikling av mål og tiltak vil jeg få bekreftet både fra herr og fru Olsen at min vurdering av herr Olsens behov er riktige. Hvis jeg nå gjennom interaksjonsprosessen med hjelp fra fru Olsen har lykket i å motivere herr Olsen til å forandre sin livssituasjon, kan jeg begynne å legge en plan over hvordan jeg vil løse situasjonen. Hvis herr Olsen derimot ikke ønsker å gjøre forandringer, må jeg vurdere mulighetene for et tverrfaglig samarbeid med for eksempel en psykiatrisk sykepleier som har større ekspertise på lidelser som depresjoner og emosjonelle svingninger.

Så sant herr Olsen på dette tidspunkt er villig til å samarbeide med meg vil jeg begynne å legge en plan som Travelbee understreker skal inneholde metodevalg, tidspunkt og forskjellige måter å møte pasientens behov på og i tillegg vil jeg også understreke viktigheten av å sette mål for tiltakene. Disse målene utarbeides sammen med pasienten der jeg som sykepleier ut fra min fagkunnskap må vurdere om målene er oppnåelige og oppfyller kravene for velvære. Hvis jeg ser at målene er urealistiske må jeg begynne dette overfor herr Olsen slik at han forandrer mening. Uansett hva herr Olsen

bestemmer seg for, må jeg til syvende og sist rette meg etter det da pasientens rett til selvbestemmelse gjelder så lenge pasienten ikke er umyndiggjort. Dette er beskrevet i pasientrettighetslovens §4. På grunn av dette kan man bli satt overfor en del etiske dilemmaer ved at man enten må utføre tiltak man vet kunne vært gjort anderledes, eller man blir nektet å utføre tiltak som man ser er helt nødvendig for å dekke pasientens behov.

Målene vurderes til slutt for å se om tiltakene fungerer eller om det er nødvendig å gjøre forandringer i metodevalg, tidspunkt eller utførelse. Når jeg skal iverksette tiltak for å gjøre herr Olsens mestringsevne best mulig, må jeg ha kunnskap om mulighetene og tilbudene som kommunen, frivillige organisasjoner og lokalsamfunnet ellers har å tilby. I denne situasjonen vil et tverrfaglig samarbeid med blant annet ergoterapeut, fysioterapeut og lege være nødvendig for å oppnå best mulig resultat. For å gi et oversiktlig eksempel på hvordan herr Olsens situasjon kan løses har jeg valgt å lage et skjema:

Problem/Behov	Mål	Metode	Tidspunkt
Pasienten kan ikke opprettholde personlig hygiene	Pasientens personlige hygiene er tilfredsstillende etter de krav pasienten i samarbeid med hj.spl. har satt seg.	1. Hj.spl. assisterer ved kroppsvask og tannpuss ved servanten 2. Hj.spl. assisterer ved dusj	1. Morgen og kveld 2. En gang i uka
Pasienten er ikke i stand til å opprettholde næringsinntak	Pasienten får opprettholdt tilfredsstillende næringsinntak utfra fysisk aktivitetsnivå.	1. Hj.spl. sørger for at familien får levert mat på døren fra det lokale sykehjemmet 4 dager i uken. 2. Fru Olsen tilbereder frokost, kveldsmat hver dag og middag 3 dager i uken.	1. Mandag, tirsdag, torsdag, fredag 2. Middag de øvrige dager.

<p>Pasienten er ikke i stand til å opprettholde tilstrekkelig fysisk aktivitet</p>	<p>Pasientens fysiske aktivitet er tilfredsstillende ut fra de krav han i samarbeid med hj.spl. har satt seg.</p>	<p>1. Hj.spl. tar kontakt med ergoterapeut som vurderer behovet for praktisk tilrettelegging i familien Olsens bolig samt herr Olsens behov for praktiske hjelpemidler som prekestol etc. 2. Hj.spl. tar kontakt med fysioterapeut og avtaler tid for trening tre dager i uka og sørger for handikapdrosje. 3. I samarbeid med Foreningen for slagrammede sørger hj.spl. for at herr Olsen får delta på svømming sammen med andre slagrammede en gang i uka. 4. I samarbeid med hj.spl. har herr og fru Olsen avtalt å gå tur en liten tur en gang i uka med prekestol, stakk e.l.</p>	<p>1. Førstkommende onsdag</p> <p>2. 2 time hver mandag, onsdag og fredag.</p> <p>3. To timer hver torsdag.</p> <p>4. Hver lørdag</p>
<p>Pasienten klarer ikke å opprettholde balansen mellom å være alene og ha sosial kontakt</p>	<p>Pasienten har sosial omgang med andre og har fått styrket selvfølelse og gjenopprettet selvrespekten.</p>	<p>1. Hj.spl. tar kontakt med NAV samt pasientens tidligere arbeidsgiver slik at pasienten kan begynne i aktiv sykemelding evt. deltid med tilpassede arbeidsoppgaver, for eksempel pakking av reklame.</p>	<p>1. Hver tirsdag</p>

<p>(Fortsettelse Pasienten klarer ikke å opprettholde balansen mellom å være alene og ha sosial kontakt)</p>		<p>2. Hj.spl. kontakter Handikapforbundet og Foreningen for slagrammede om forespørsel angående likesinnede grupper for slagpasienter og pårørende. 3. Hj.spl. avtaler time hos logoped. Det avtales etter fru Olsen ønske at hun i begynnelsen deltar sammen med pasienten slik at hun kan tilegne seg kunnskap om språktrening hjemme.</p>	<p>2. En gang i måneden 3. 1 time mandag, onsdag og fredag</p>
--	--	--	---

Dette er kun et forslag på hvordan herr Olsens tilværelse igjen kan bli meningsfylt. Det er ikke sikkert det er realistisk med for eksempel så mye trening til å begynne med eller at han begynner i jobben igjen så tidlig, men det er viktig at jeg som sykepleier observerer herr Olsens fremgang og sammen med familien vurderer nye mål ettersom de gamle nås, eventuelt forandrer målene eller metodene hvis jeg ser det er noe som ikke fungerer. Det er også viktig at herr Olsen finner seg en hobby som også kan være med på å gjøre hverdagen lysere. Kanskje kan han oppmuntres til å bli med de gamle vennene på fotballkamp et par dager i måneden hvis jeg legger til rette for det med transport o.s.v. Slik jeg ser det er det viktigste for meg som sykepleier å kunne se hva som gir herr Olsen en meningsfylt hverdag for å lykkes i min oppgave.

Tiltakene som nå er satt i verk overfor herr Olsen vil slik jeg ser det også forbedre fru Olsens livssituasjon. Jeg har nå sørget for at hjemmesykepleien har tatt over de tyngste oppgavene, og brukt mine fagkunnskaper for å tilrettelegge samt skaffe den assistanse ekteparet trenger for å få en bedre hverdag. I tillegg kan det være aktuelt å kontakte en sosionom som kan hjelpe familien med å organisere den nye økonomiske situasjonen hvis jeg ser behovet for dette. Fru Olsen får nå mer tid å bruke på seg selv eller sammen

med andre da ektemannen vil være opptatt med rehabilitering noen timer i uken.
Kanskje vil hun også etterhvert som herr Olsen blir bedre begynne i arbeid igjen.

11 Konklusjon

Gjennom oppgaven har jeg nå beskrevet hvordan en hjemmesykepleier på best mulig måte kan hjelpe den slagrammede familien til mestring. I løpet av prosessen har jeg funnet ut at det er nødvendig at sykepleieren innehar bestemte kvaliteter og fagkunnskaper for å løse en slik oppgave. Blant sykepleierens viktigste egenskaper nevner jeg evnen til å støtte, lytte og ha forståelse for pasienten, samt evnen til empati og sympati. Sykepleieren må også ha god fagkunnskap om slagets påvirkning både på pasienten og den pårørendes hverdag og hvordan man oppretter god relasjoner med den slagrammede gjennom kommunikasjon.

Det er viktig at sykepleieren styrker den slagrammedes mestringsfølelse. Dette gjør hun ved å skape et trygghet- og tillitsforhold. Også pasientens forhistorie og ressurser gir et bilde på pasientens evne til mestring. Sykepleieren må da bruke sin kunnskap om pasienten og om hans lidelse for å underbygge håp og bidra til mestring. Hun må hjelpe den slagrammede til å bruke problemløsende mestringsstrategier i stedet for å bruke uhensiktsmessige forsvarsmekanismer for å stenge problemene ute.

Opgaven er ingen fasit på hvordan en sykepleier kan hjelpe en hver slagrammet familie til mestring, men gir kun et eksempel på hvordan det kan løses. Hver familie opplever sin situasjon anderledes fra andres, og det er derfor viktig at sykepleieren får god innsikt i familiens liv før hun avgjør hvilke metoder og tiltak som fungerer best nettopp for denne familien.

Det er viktig å ha fokus på hele familien når man samler data om pasienten, mens det er essensielt å ha hovedfokusert på pasienten i den problemløsende delen. Det viser seg at ved å løse pasientens problemer, løser man også ofte de pårørendes problemer og bidrar til at hele familien får den bedre hverdag.

12 Etterord

Skriveprosessen har til tider vært tung, men svært lærerik. Jeg hadde i begynnelsen et større fokus på pårørende, men fant snart ut at hovedfokuset måtte være på pasienten for å løse problemstillingen. Jeg kom noe sent i gang på grunn av sykdom og føler tiden ble noe knapp på slutten men er alt i alt fornøyd med oppgaven og føler jeg har tilegnet meg mye ny kunnskap. Jeg vet blant annet mer om hvordan jeg som sykepleier skal forholde meg til slagrammede og deres familier. Jeg har tilegnet meg meg kunnskap om hjerneslag og kommunikasjon, hvordan jeg bruker sykepleierprosessen på en hensiktsmessig måte.

I løpet av perioden har jeg tilbrakt 3 dager i hospiteringspraksis. To av disse dagene var jeg på slagenheten ved et sykehus i Oslo. Her fikk jeg et innblikk i hvordan de forholdt seg til den slagrammedes pårørende. Jeg fikk inntrykk av at det var svært travelt ved avdelingen, og de hadde liten tid til å gi pårørende informasjon. Her var det heller ingen faste rutiner rundt pårørendesamtaler noe som forundret meg litt da jeg mener pårørende ofte har en del spørsmål når noe så alvorlig som hjerneslag rammer et familiemedlem. Den tredje dagen var jeg på et lærings- og mestringssenter ved et sykehus i Oslo. Her fikk jeg delta på et informasjonsmøte for slagrammede og deres pårørende. Dette ble for meg en svært lærerik opplevelse, da både slagrammede og deres pårørende var svært ivrige etter å fortelle sin historie til meg. Jeg hadde også en samtale med lederen i Foreningen for Slagrammede i Oslo samt et medlem av Afasiforbundet og de var svært behjelpelige med å finne litteratur jeg kunne bruke til oppgaven.

13 Litteraturliste

*Anthonsen, T. G. (2008) *Pårørende glemmes*, I: Slagordet 2008 årgang 18, nr.3

Dallan, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Draper, P. (2007) *The impact of stroke on the well-being of the patient's spouse: an exploratory study*, I: Journal of Clinical Nursing, 2007 vol. 2, nr.2

Eide, H. og Eide, T. (2000) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hollandvik, J. E. (2002) *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*, Lovdata. URL:
http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&& (27.11.2008)

Håkonsen, K. M. (2003) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Karoliussen, M. Og Smeby, K. L. (2000) *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kirkevold, M. (2008) *Hjerneslag*. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. Og Ranhoff, A.H (2008) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kirkevold, M. Og Ekern, K. S. (2001) *Familien i sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kommunehelsetjenesteloven (1982) *Lov om helsetjeneste i kommunen*, Lovdata. URL: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19821119-066.html&emne=kommunehelsetjeneste*&& (27.11.2008)

Kringlen, E. (2001) *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2002) *Generell sykepleie bind 1*. Gyldendal Norsk Forlag AS 406 - 413

Lindskog, B. I. (2003) *Gyldendals store medisinske ordbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Norsk forening for slagrammede (2007) *Hjerneslag – en orientering til slagrammede og pårørende*.

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter*, Lovdata. URL: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettigh*&& (27.11.2008)

*Ringdal, B. (2003) *Pårørende i fokus - grupper for afasirammedes pårørende*. Oslo: Novus Forlag.

*Sundin, K., Jansson, L. og Norberg, A. (2001) *Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words*, I: Journal of Clinical Nursing, 2001 vol. 9, nr.4

Wekre, L. L., Vardeberg, K. Og Skogan, A.H. (2004) *Lærebok i rehabilitering – Når livet blir anderledes*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.