

SPL 3901

06HBSPLH

Avsluttende eksamen i sykepleie

Gruppe 650

Bacheloroppgave

Hva er sykepleiers rolle i rehabilitering av slagrammede ?



Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for sykepleie vår 2009.

Antall ord: 10134



SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen SPL 3901. Bacheloroppgave.

Kull: 06HBSPLH

Gruppe nr. 650

Dato: 08.05.2009

Forfattere:

Norsk tittel: Hva er sykepleiers rolle i rehabilitering av slagrammede?

Engelsk tittel: What is the role of a nurse in the rehabilitation of stroke patients?

Hjerneslag rammer mange mennesker og konsekvensene er ofte store. En sykepleier har en viktig rolle i den tverrfaglige rehabiliteringen, og vi ønsker å sette ord på hvordan en sykepleier gjennom sin rolle kan hjelpe en slagrammet på veien mot gjenvinning av helse.

Virginia Henderson sier at sykepleiers rolle er å hjelpe eller assistere personer med å utføre gjøremål som de ville ha utført uten hjelp hvis de hadde hatt tilstrekkelige ressurser til det, samt hjelpe et menneske til å gjenvinne funksjoner for å oppnå størst mulig grad av selvstendighet. Med bakgrunn i Hendersons grunnprinsipper trekker vi inn Marit Kirkevolds definisjon av sykepleierens rolle som fortolkende, støttende, integrerende og bevarende, og gjennom dette drøftes sykepleiers rolle i rehabilitering av slagrammede

Nøkkelord : hjerneslag, stroke, sykepleier, nurse, rolle, rehabilitering

Innhold

INNHold	3
1.0 INNLEDNING.....	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVE.	5
1.2 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.	5
1.3 FORMÅLET MED OPPGAVEN.....	6
1.3.1 Sykepleiefaglig perspektiv.....	7
1.3.2 Pasientperspektiv.....	7
1.3.3 Samfunnsfaglig perspektiv.....	7
1.4 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.	8
2.0 METODE.....	9
2.1 VALG AV METODE.....	9
2.2 PROSESSEN	9
2.3 LITTERATURSØK	10
2.4 VALG AV KILDER OG KILDEKRITIKK.....	11
2.5 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEORI	12
3.0 TEORI.....	13
3.1 VALG AV SYKEPLEIETEORETIKER	13
3.2 SYKEPLEIERS ROLLE	14
3.3 REHABILITERING.....	16
3.3.1 Hva er rehabilitering.....	16
3.3.2 Krise	17
3.3.3 Brukermedvirkning	18
3.3.4 Pårørende.....	19

3.3.5 Tverrfaglighet	19
3.3.6 lover og forskrifter	20
3.4 HJERNESLAG	21
3.4.1 Hva er et hjerneslag.....	21
3.4.2 Forekomst	21
3.4.3 Hvem rammes	22
3.4.4 Prognose.....	22
3.4.5 Typer utfall.....	22
4.0 DRØFTING.....	24
4.1 SYKEPLEIERS FORTOLKENDE FUNKSJON.....	24
4.2 SYKEPLEIERS STØTTENDE FUNKSJON	29
4.3 SYKEPLEIERS INTEGRERENDE FUNKSJON.....	32
4.4 SYKEPLEIERS BEVARENDE FUNKSJON	36
5.0 KONKLUSJON.....	39
6.0 ETTERORD.....	40
LITTERATURLISTE.....	41
Digitale kilder:.....	42

1.0 Innledning.

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave.

Bakgrunnen for vårt valg av oppgave er å belyse sykepleiers rolle i rehabilitering av slagrammede. En sykepleier er i motsetning til andre faggrupper til stede hos pasienten 24 timer i døgnet og kan med dette følge pasienten tett. Dette gjør at sykepleier har mulighet til kontinuerlig observasjon av pasienten.

Hjerneslag er en sykdom som rammer mange mennesker og griper i varierende grad inn i de fleste områder av ens liv og berører også i stor grad de pårørende. Vi ønsker å skrive om hjerneslag og de konsekvenser sykdommen medfører fordi vi finner dette interessant og fordi vi ønsker å tilegne oss større kunnskap om hjerneslag og sykepleierens rolle i rehabilitering av disse pasientene.

Vi vil forsøke å belyse valgte problemstilling ved hjelp av pensumlitteratur og litteratur som vi har funnet om det aktuelle tema, samt erfaringer vi fikk under vår hospiteringspraksis.

Vi har valgt å søke kunnskap i pensumlitteraturen men gjennom prosessen har vi sett nødvendigheten av å tilføre oppgaven en større teoretisk forankring ved hjelp av faglitteratur innen de aktuelle emnene.

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling.

Vi har valgt å belyse sykepleiers rolle i rehabilitering av slagrammede i en rehabiliteringsinstitusjon, og vil derfor ikke gå inn på behandling i akutfase eller etter endt opphold i rehabiliteringsinstitusjon.

Vi ønsker å se på sykepleiers rolle og hvordan sykepleier kan bidra til å gi pasienten tilstrekkelige krefter, vilje eller kunnskap gjennom rehabiliteringen, og kommer ikke til å gå inn på de enkelte typer utfall fordi dette vil bli for omfattende i forhold til oppgavens størrelse.

Sykepleieren har bred kompetanse når det gjelder kunnskap og erfaring med slagrammede og pårørende, likeledes stor innsikt i hvilke utfordringer pasient og pårørende står overfor. Vi ønsker å synliggjøre at sykepleier har en viktig rolle i det tverrfaglige teamet. For å avgrense oppgaven velger vi å se på sykepleiers rolle i den tverrfaglige rehabiliteringen av den slagrammede, og vil derfor ikke gå inn på de øvrige faggrupperes roller. Vi vil definere sentrale begreper i de enkelte kapitler i teoridel.

1.3 Formålet med oppgaven.

I løpet av studietiden og gjennom praksis har vi møtt slagrammede og sett de utfordringer disse har, og dette vekket vår interesse og nysgjerrighet for temaet. Det har vært en del medieoppmerksomhet rundt temaet hjerneslag og rehabilitering, og vi mener derfor at vårt valg av tema er relevant og interessant for andre.

Formålet med oppgaven er å belyse sykepleiers rolle i behandlingen av slagrammede i en rehabiliteringsinstitusjon. Vi erfarte noe usikkerhet ved vårt praksissted på hvilken rolle en sykepleier har. Vi håper denne oppgaven kan bidra til å klargjøre sykepleierens rolle i det tverrfaglige teamet, og at den kan være til nytte for sykepleiere og studenter som føler usikkerhet rundt egen rolle.

Vi vil skrive om temaet fordi vi ønsker å lære mer om hvordan et hjerneslag påvirker kroppsfunksjoner og hvordan rehabilitering kan hjelpe pasienten til å gjenvinne hele eller deler av disse, slik at deres livskvalitet blir best mulig. For å kunne forstå rehabilitering er det viktig at vi lærer mer om det tverrfaglige samarbeid og hvor sykepleier står i dette.

Vi vil kort redegjøre for hvilke nytteverdi oppgaven kan ha for sykepleieren, pasienten og samfunnet.

1.3.1 Sykepleiefaglig perspektiv

En sykepleier må erkjenne sitt faglige og personlige ansvar for egne handlinger og vurderinger, og dette må ha sin forankring i fagkunnskap og forståelse av pasientens situasjon. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere peker på at sykepleieren kjenner og erkjenner egen funksjon og kompetanse i tverrfaglige team, og bidrar aktivt med sine kunnskaper for å løse fellesoppgavene. Videre må sykepleier ta initiativ til og fremme et tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjons- og kompetansegrensene i alle deler av helsetjenesten (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2001).

1.3.2 Pasientperspektiv

Pasienter som rammes av hjerneslag, får sin livssituasjon forandret i større eller mindre grad. Dette kan frata pasientene identitet og integritet og deres mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Det er viktig at pasienten forstår den informasjonen som gis og sykepleier har her et særskilt ansvar.

I forhold til pasientperspektivet sier de yrkesetiske retningslinjene at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients integritet, retten til en helhetlig omsorg, fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. (ibid)

1.3.3 Samfunnsfaglig perspektiv

De yrkesetiske retningslinjer sier noe om sykepleierens rolle i samfunnet. I et samfunnsfaglig perspektiv arbeider sykepleieren for et ressursmessig grunnlag som muliggjør en faglig og etisk forsvarlig sykepleie, tilpasset den enkelte pasients særegne situasjon. I rehabilitering etter et hjerneslag blir derfor en tverrfaglig kartlegging av pasientenes behov viktig.

Sykepleier inngår som en del av det tverrfaglige teamet, og sykepleieren skal ved offentlig opptreden eller tale gjøre det klart om vedkommende opptrer på vegne av seg selv, yrkesgruppen eller andre. (ibid)

1.4 Presentasjon av problemstilling.

Ut i fra beskrivelsen i innledningen har vi valgt følgende problemstilling:

”Hva er sykepleiers rolle i rehabilitering av slagrammede?”

2.0 Metode

I begynnelsen av dette kapitlet vil vi først definere begrepet metode.

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode (Aubert 1985 i Dalland 2000 s.71).

2.1 Valg av metode

Vi har valgt å svare på problemstillingen ved hjelp av en litteraturstudie og de erfaringer og kunnskaper vi tilegnet oss under hospitering ved en rehabiliteringsinstitusjon. Vi anser litteraturstudie som en kvalitativ metode som tar sikte på å fange opp mening og opplevelse av det som ikke lar seg tallfeste eller måle, i motsetning til en kvantitativ metode som tar sikte på å omdanne informasjon til målbare enheter (Dalland 2000).

Vi mener at en kvantitativ studie ville vært vanskelig å utføre med tanke på oppgavens rammebetingelser med begrenset tid og oppgavens størrelse. Vi mener at vi som sykepleiestudenter har for liten praktisk erfaring innenfor området, og derfor ikke er godt nok kvalifisert til å utarbeide en solid kvantitativ studie.

Opgaven er hovedsakelig bygget på kunnskap fra pensumlitteratur, fagbøker, fagartikler og uformelle samtaler med sykepleiere samt observasjoner ved praksissted.

Styrken ved vårt metodevalg kan være en større følelsesmessig nærhet til stoffet, mens svakheten kan være at det kan bli for liten mengde data til å underbygge vår oppgave.

2.2 Prosessen

Vi valgte tidlig å skrive om hjerneslag, og i oppstarten av vårt arbeid forsøkte vi å skaffe oss en oversikt over tilgjengelig litteratur rundt vår problemstilling. Etter å ha gjennomgått litteraturen fant vi ut at vi ønsket å skrive om hvilken rolle sykepleier har i rehabilitering av slagrammede.

Etter at vi hadde kommet fram til vår problemstilling kunne vi ved hjelp av lærebøker og fagartikler få en bedre og mer presis oversikt over tilgjengelig litteratur. I pensumlitteraturen fant vi de viktigste teoriene beskrevet, og nødvendige henvisninger til de mest sentrale forfatterne innen vår problemstilling. Vi vurderte allerede i denne fasen å benytte Henderson og hennes sykepleieprinsipper da vi så at tilgjengelig litteratur ofte sammenfalt med hennes tenkning. I Kristoffersen fant vi at Kirkevold tok for seg Hendersons sykepleiedefinisjon og i Almås identifiserte Kirkevold sykepleierens fire funksjoner i rehabilitering av slagpasienter.

Vi hadde nå det nødvendige grunnlaget for å kunne utforme vår første disposisjon, og vi fant at tiden nå var moden for å gjennomføre vår hospiteringspraksis. Praksisen ga oss en større forståelse og innsikt i problemområdet, og dette dannet grunnlaget for en videre disposisjon. Vi fikk gode råd og veiledning omkring sykepleiers rolle, og tips om relevant litteratur. Vår grundige forberedelse ga oss nødvendig trygghet på at våre valg var riktige i forhold til oppgavens problemstilling, og dette forenklet den videre skriveprosessen.

2.3 Litteratursøk

Oppgaven er i hovedsak bygd opp rundt pensumlitteratur. I vårt arbeid har vi også gjennomgått en rekke fagartikler og bøker som vi har funnet relevante. Vi har også benyttet det vi anser som seriøse nettsteder som sykepleien.no, tidsskriftet.no, lovdata.no og regjeringen.no. I tillegg har vi benyttet høgskolens bibliotek, bibsys og søkemotorer tilknyttet bibliotekets nettsted. Vi har også benyttet google.no og googlescholar.no

De søkeord som er brukt er: hjerneslag, stroke, sykepleier, nurse, rolle, rehabilitering, samt kombinasjoner av disse. De mest relevante treff fikk vi på norske søkeord.

Vi har gjennom arbeidet med oppgaven gjennomgått mye litteratur, og funnet en god del som vi mener er relevant for å belyse problemstillingen. Det utvalg vi har gjort i tillegg til pensumlitteratur er litteratur som omhandler rehabilitering, sykepleierens rolle/funksjon ved rehabilitering av slagrammede, samt en bok som er skrevet av en

slagrammet og gir en beskrivelse av hvordan denne personen opplever det å være rammet av slag.

Vi har satt oss godt inn i den valgte litteratur, der hver enkelt har fått et ekstra ansvar for konkrete bøker eller artikler. På den måten kan vi sikre oss at noen i gruppen besitter større grad av dybdekunnskap i hver enkelt bok eller artikkel, og at gruppen som helhet får dybdekunnskap omkring alle de valgte bøkene og artiklene.

I vårt litteratursøk tok vi for oss stikkordene: sykepleierens rolle og funksjon, rehabilitering og hjerneslag. Vi søkte først i fagartikler som vi mente var relevante i forhold til problemstillingen. Det har vært vanskelig å finne artikler direkte knyttet opp mot vår problemstilling når vi har søkt i nettbaserte databaser og artikler. Vi har derfor måtte søke på enkelte nøkkelord hver for seg og ikke i den sammenheng vi har i vår problemstilling.

2.4 Valg av kilder og kildekritikk

Vi har brukt både primær- og sekundærkilder i bøker og artikler. De sekundærkilder vi har funnet i pensumlitteratur, anses som sikre kilder.

Den selvvalgte litteraturen vi har benyttet er funnet på høgskolen sitt bibliotek, pålitelige nettsteder og etter anbefaling fra sykepleiere ved vårt praksissted. Denne litteraturen anser vi som relevant og sikker da den er implementert i rehabiliteringsregimet ved vårt praksissted.

Vi har i størst mulig grad brukt kilder av nyere dato. Vi har valgt å ikke benytte artikler funnet hos interesseorganisasjoner da disse i noen tilfeller ser saken ensidig, og ikke bestandig objektivt.

Fagstoff og pensumlitteratur er ofte sekundærlitteratur, det vil si at innholdet er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Teksten kan være oversatt og fortolket før vi leser den, og det kan bety at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland 2000).

Det er vanskelig for oss som studenter å etterprøve kvaliteten av denne bearbeidingen, og vi må derfor stole på at studiestedet har gjennomgått og går god for sitt valg av

pensumlitteratur. På samme vis må vi stole på de nettstedene vi anser som pålitelige, at de går god for kvaliteten når de velger å publisere sine artikler.

2.5 Begrunnelse for valg av teori

Litteraturen vi har benyttet er i hovedsak:

Jahren Kristoffersen beskriver Hendersons teorier på en god og relevant måte, og vi føler at dette sammenfaller med vår tilnærming til, og valg av problemstilling.

Almås tar for seg sykepleiers funksjon og beskriver sykepleie til slagrammede i rehabilitering på en måte som vi kjenner oss igjen i, og som vi erfarte under hospitering ved vårt praksissted. Almås beskriver i tillegg Kirkevold sin definisjon av sykepleiers funksjon der hun på en god måte inndeler sykepleiers spesielle oppgaver i fire funksjonsområder.

Joten: Vi har valgt å benytte Joten sin hovedoppgave der hun benytter Kirkevolds funksjonsområder, og beskriver sykepleiers bidrag i rehabilitering med fokus på pasientenes mestring etter hjerneslag. Hun synliggjør også hvordan sykepleiers rolle tidligere ble ansett som en støttefunksjon for de andre faggruppene i rehabilitering av slagrammede.

Wekre: Vi har benyttet Wekre fordi hun tar for seg sentrale begreper, definisjoner og metoder, og tar for seg temaer som er gyldige på tvers av de ulike fagfeltene innen rehabilitering.

Heggdal: Vi har valgt å benytte Kristin Heggdal sin bok: "Kroppskunnskaping, pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser" der forfatteren tar i bruk "kroppskunnskaping" som hovedbegrep i en ny teori og modell for helsefremmede arbeid.

Håkonsen definerer krise som den psykologiske reaksjonen mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger i en vanskelig situasjon. I følge Håkonsen gjenkjennes et kriseforløp gjennom fire ulike faser: Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen

3.0 Teori

For å få oversikt over og kunnskap om vår problemstilling, valgte vi i vår hospiteringspraksis å observere sykepleiere, samt å ha uformelle samtaler med disse for å få en forståelse av hva sykepleiere oppfatter som sin rolle i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet. Vi hadde også uformelle samtaler med representanter for ambulerende rehabiliteringsteam og innhentet informasjon fra de andre faggruppene om hvordan disse oppfattet sykepleierens rolle. Under vår hospiteringspraksis observerte vi samspeillet mellom sykepleier og pasient, sykepleiere seg i mellom, og sykepleier og andre faggrupper.

Etter uformelle samtaler med sykepleiere ga disse uttrykk for at de faktisk var usikre på egen rolle i den forstand at de ikke kunne sette ord på dette. De andre faggruppene ved institusjonen har i større grad definerte oppgaver mens en sykepleier har en mer ivaretagende funksjon. Med dette menes at sykepleier har en mer helhetlig og koordinerende rolle der en sørger for å dekke pasientens grunnleggende behov.

3.1 Valg av sykepleieteoretiker

Vi velger Virginia Henderson som sykepleieteoretiker fordi vi mener hun beskriver sykepleierens særegne funksjon på en god måte. Henderson slår fast at mennesket har visse grunnleggende behov og at disse vanligvis dekkes gjennom selvstendig og aktiv handling på sin individuelle og personlige måte ut fra kulturelle og sosiale sammenhenger.

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til fredfull død), noe han / hun ville ha gjort uten hjelp dersom han / hun hadde hatt tilstrekkelig krefter, vilje og kunnskaper. Og å gjøre dette på en slik måte at han/hun gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson 1966 i Kristoffersen 2005 bind 4 s.35).

Henderson beskriver 14 punkter som hun mener er grunnleggende sykepleieprinsipper. De åtte første punktene omhandler fysiologiske behov mens de seks siste tar for seg behov av psykososial natur. Behovene kan oppleves og ivaretas forskjellig fra person til person. Det er derfor en forutsetning at sykepleieren innhenter kunnskap om

hvordan pasienten opplever sine behov og hvordan disse best kan tilfredstilles (Kristoffersen 2005).

I følge Henderson har en person behov for sykepleie når han mangler de nødvendige ressurser til selv å kunne utføre nødvendige gjøremål forbundet med å dekke grunnleggende behov. Dette kan skyldes mangel på kunnskap, krefter eller vilje. Her vil sykepleieren ha en viktig helsefremmende og forebyggende funksjon.

Henderson understreker at pasienten selv best kjenner sine egne behov, og at pasienten har klare formening om hvordan de nødvendige gjøremålene skal utføres. Derfor er det rimelig å karakterisere pasienten som en aktiv og ansvarlig deltaker i den sykepleien han mottar (Kristoffersen 2005 bind 4 s.35).

Vi vil benytte Marit Kirkevold, fordi hun oppsummerer sykepleierens spesielle oppgaver og identifiserer fire funksjoner i rehabilitering av slagpasienter som fortolkende, støttende, integrerende og bevarende funksjon (Almås 2001).

3.2 Sykepleiers rolle

Vi opplever at begrepene rolle og funksjon kan gå i hverandre og vil her forsøke å klargjøre forskjellen på disse begrepene. Vi ser at de forskjellige teoretikere har forskjellig tolkning av begrepene "rolle" og "funksjon", noe som medfører en innkonsekvent begrepsbruk ved sitering og henvisning til de forskjellige teoretikere, og vi har derfor valgt å gjengi begrepene slik de benyttes i litteraturen.

I følge ordboka er ordet rolle definert som:

Rolle: uskrevne regler og mønstre for oppførsel og handlemåte som knytter seg til en bestemt sosial posisjon eller status (Bokmålsordboka 2007).

Roller har sammenheng med den posisjon eller plass vi har i et sosialt system. Posisjonen kan være tilskrevet for eksempel hvilken familie du er født inn i, eller ervervet som resultat av din innsats og ytelse. Som posisjonsinnehaver utsettes en person for forventninger fra andre med tanke på atferd og handlinger. De forventninger som rettes mot en posisjon, utgjør en sosial rolle. Utformingen av rollen er et resultat

av spillet mellom andres forventninger til hvordan vi skal fungere i en sosial rolle, og hvordan vi selv ønsker og har mulighet for å fylle den (Fyrand 2005).

Funksjon: virksomhet, gjøremål, tjeneste, oppgave, livsfunksjon.
(Bokmålsordboka 2007).

Virginia Henderson definerer sykepleiers rolle og funksjon som:

”Å hjelpe eller assistere personer med å utføre gjøremål som de ville ha utført uten hjelp hvis de hadde hatt tilstrekkelig ressurser til det” (Kristoffersen bind 4 s.36).

I tillegg til Henderson mener vi at Kirkevold sin fremstilling av sykepleie til slagrammede må tas med i denne oppgaven fordi Henderson også er opptatt av at sykepleier hjelper pasienten med de funksjoner han ikke er i stand til å utføre selv.

I følge Hendersons sykepleiedefinisjon er sykepleierens rolle å hjelpe eller assistere personer med å utføre gjøremål som de ville ha utført uten hjelp hvis de hadde hatt tilstrekkelig ressurser til det.

I forhold til pasientens grunnleggende behov må sykepleier ta utgangspunkt i at behovene oppleves og ivaretas forskjellig fra person til person. Det er derfor viktig at sykepleieren skaffer seg kjennskap til hvordan pasientene opplever sine behov, og hvordan disse best kan tilfredstilles. Henderson fremhever at pasienten har krav på pleie og omsorg ut fra egne forutsetninger. Sykepleierens rolle er i stor grad avhengig av de rammer og situasjoner sykepleien foregår innenfor. Sykepleiefunksjonen vil variere ut i fra hvordan sykepleien er organisert ved ulike institusjoner. I noen sammenhenger vil sykepleier måtte overta funksjoner fra andre helsearbeidere for å sikre at pasienten får dekket sine grunnleggende behov. Det vil ofte være glidende overganger mellom de ulike profesjoners roller og funksjoner, og sykepleier vil derfor måtte kunne utføre oppgaver som ikke nødvendigvis anses som naturlige sykepleieoppgaver (Kristoffersen 2005).

Sykepleiernes ansvarlige rolle er godt etablert og har stor betydning for befolkningens helse, kvaliteten på helsetjenestene og pasienttilfredshet, og sykepleier utfordres stadig til å definere og tydeliggjøre sin særegne funksjon i forhold til andre helseprofesjoner i takt med endringene i samfunnet (Sykepleie et selvstendig og allsidig fag 2008).

For sykepleieren kan det bli en krevende prosess der hun må bevege seg mellom flere roller og arenaer og hele tiden balansere egne faglige vurderinger i forhold til omgivelsenes forventninger (Skagen og Piros 2002).

3.3 Rehabilitering

Å rehabilitere betyr å gjenopprette eller gjeninnsette i tidligere verdighet eller rettighet (Almås 2001 bind 2 s.781).

Rehabilitering (latin; re = igjen, habilis = skikkethet): oppreisning, gjeninnsette i tidligere verdighet/posisjon.

Rehabilitering: Målet med rehabilitering er å føre pasienten frem til størst mulig grad av selvstendighet slik at denne blir mest mulig selvhjulpen. Oppgavene vil i praksis bli å kartlegge og beskrive rehabiliteringspotensialet gjennom best mulig utnyttelse av de restfunksjoner som er til stede, tilpasning av varig funksjonshemming og tilpasning av hjelpemidler.

Rehabilitering er en tidsavgrenset og planlagt prosess med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2001).

3.3.1 Hva er rehabilitering

Jeg vil bli frisk. Føler at jeg ikke helt passer der. Det er vanskelig å akseptere at en er slagpasient. Noen ganger, når jeg våkner om morgenen, innbiller jeg meg at det hele er en vond drøm. At det ikke er sant. Jeg er vant til å gi hjelp, ikke til å ta imot. Det er vanskelig ikke lenger å være den sterke. Gråter en skvett i blant, men jeg er allikevel takknemlig. Jeg lever. Og nå skal jeg krabbe meg opp igjen. Vilje har jeg i alle fall (Nonseid 2000 s. 35).

Rehabilitering bygger på et tett tverrfaglig samarbeid med felles målsetting der alle rundt pasienten følger de samme behandlingsprinsipper døgnet rundt. Sykepleiers kunnskaper, innsikt, holdninger og evne til å motivere pasienten, vil være av stor

betydning i et rehabiliteringsteam for å kunne gjennomføre et strukturert treningsopplegg med optimale treningsmuligheter (Almás 2001 bind 2).

Tidligere har helsearbeidernes fokus ofte vært rettet mot funksjonssvikt, som å oppnå full funksjon i for eksempel en arm eller bein, mens pasientens mål har handlet om å mestre en hverdag med funksjonssvikt.

I rehabiliteringsarbeidet må sykepleier og pasient enes om felles mål og hensikt og arbeide i samme retning. Det er pasienten som eier målet og sykepleieren må ta utgangspunkt i opplevelsen av hva som er viktig for vedkommende og de mestringsmuligheter pasienten har (Joten 1997).

3.3.2 Krise

Når livssituasjonen endrer seg som følge av alvorlig sykdom, skade eller funksjonstap, vil det for et menneske med intakt kognitiv funksjon innebære en krise. Krisen konfronterer mennesket med egen sårbarhet og bidrar ofte til at personen søker etter en eksistensiell mening, og livssituasjonen må kanskje ses på en ny måte. Det er viktig at pasienten får hjelp til å sette ord på og klargjøre egne tanker slik at en kan gjenvinne fotfeste (Kristoffersen 2005 bind 3).

Håkonsen definerer krise som den psykologiske reaksjonen mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger i en vanskelig situasjon. En traumatisk krise er en krise som utløses av ytre begivenheter som ved alvorlig sykdom, og som oppleves som truende for individets integritet. Videre betegnes krise som en emosjonell tilstand som er en normal reaksjon på en hendelse eller situasjon individet står overfor (Håkonsen 2006).

Heggdal peker på viktigheten av å være der for pasienten i det hun beskriver som fire overlappende faser: Flukt og benekting, sorg, kroppslig læring og integreert kroppskunnskap/nye muligheter for livsutfoldelse (Heggdal 2008).

De fleste mennesker reagerer i en krise med sorg, depresjon og en følelse av oppgitthet, og mange opplever en kraftig følelse av angst og usikkerhet. Krisen

innebærer at individet søker å orientere seg i den nye situasjonen. Man søker forklaringer på sammenhenger og leter etter mulige løsninger. I følge Håkonsen (2006) gjenkjennes et kriseforløp gjennom fire ulike faser: Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen.

I sjokkfasen opplever pasienten et emosjonelt kaos der en ikke forstår hensikten eller meningen med det som er skjedd, og emosjonelt fokuserte mestringsstrategier vil være sentrale.

I reaksjonsfasen vil pasientens emosjonelle reaksjoner komme tydeligere til uttrykk i form av adferdsendringer som vi forbinder med krisereaksjoner. Sorg, depresjon, gråt og fortvilelse sammen med liten matlyst, søvnevansker og manglende initiativ er normale reaksjoner.

I bearbeidingsfasen forsøker pasienten å finne tilbake til de grunnleggende elementer som skaper stabilitet og trygghet i tilværelsen. Bearbeiding av krise innebærer en akseptasjon av det som har skjedd der en prøver å gi tilværelsen et nytt innhold og mening.

I nyorienteringsfasen vil de sterke emosjonelle reaksjonene være forbi, og pasienten har akseptert hendelsen, og skapt en ny plattform for livet sitt. Opplevelsene vil ikke lenger dominere i hans oppmerksomhet og stjele all psykisk energi (Håkonsen 2006).

3.3.3 Brukermedvirkning

Forskrift om habilitering og rehabilitering sier at kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for brukermedvirkning i forhold til planlegging, utforming, utøving og evaluering av tilbudet til den enkelte. I de situasjoner hun eller han ikke kan representere seg selv, f.eks. på grunn av lav alder, kognitiv svikt, sterke utviklingshemninger, språklige hindringer eller alvorlig psykisk sykdom, kan pårørende, verge eller hjelpeverge representere brukeren. Bestemmelsen i denne forskriften skal sikre at brukeren får innflytelse over egen situasjon. Dette er en forutsetning for at rehabiliteringsprosessen skal kunne gjennomføres. Kravet til brukerens medvirkning må stå i forhold til personlige og helsemessige ressurser, og det

bør legges spesiell vekt på å få fram brukerens egne mål (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2001).

3.3.4 Pårørende

Pasientens pårørende er sentrale samarbeidspartnere, og i de fleste tilfeller er de en ressurs for pasienten. Tiden etter et slag kan oppleves som en krise der frykten for den slagrammedes liv kan ha vært sterk. Her kan innhenting av kunnskap og informasjon være til hjelp for å forstå og mestre den vanskelige situasjonen.

Sykepleier må være oppmerksom på at de pårørende sørger og trenger oppmerksomhet. De har et stort behov for å bli sett og støttet, da dette oppleves som en hjelp i seg selv. Personalet bør hjelpe de pårørende med å utrykke sine behov i den vanskelige situasjonen. Støtte, oppmuntring, informasjon og hjelp til følelsesmessig bearbeiding er viktige tiltak for at familie og nære venner ikke skal trekke seg bort (Kristoffersen 2005 bind 3).

3.3.5 Tverrfaglighet

Ved en rehabiliteringsinstitusjon møter vi et bredt tverrfaglig miljø bestående av blant annet logoped, nevrolog, nevropsykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom i tillegg til sykepleiere og hjelpepleiere.

Et tverrfaglig team er en gruppe fagpersoner med kompetanse og ferdigheter som utfyller hverandre og som sammen har ansvar for å bistå personer med en funksjonshemming i å nå sine mål. Sammen med fagpersonene bidrar også brukeren med informasjon og kunnskap inn i teamet. Her utarbeides felles mål, og den totale rehabiliteringsprosessen blir noe mer og annerledes enn summen av de enkelte fagpersoners tiltak (Wekre 2004).

Her har sykepleier en viktig rolle ved å observere pasienten i det daglige og gi tilbakemeldinger om eventuelle behov for korrigerende tiltak underveis i behandlingen.

Behandling etter hjerneslag kan gjennomføres etter forskjellige tilnærminger, som: Proprioseptiv nevro-muskulær fasilitering (PNF), Brunnstrøms metode, Bobaths metode eller Motor Relearning Programme (MRP). De mest vanlige metodene er Bobaths metode og MRP. Ved vårt praksissted arbeidet man hovedsakelig etter Bobaths prinsipper, der en vektlegger manuell stimulering eller guiding (Langhammer og Stanghelle 2001).

Guiding er ledet bevegelse der en veileder med hender i stedet for ord slik at pasienten opplever bevegelsen selv. Sykepleier plasserer sin egen hånd over pasientens og utfører bevegelsen sammen med pasienten for eksempel ved tannpuss eller greing av hår (Almås 2001 bind 2).

3.3.6 lover og forskrifter

Vi vil nevne de mest sentrale lover og forskrifter som regulerer rehabilitering.

Lov om spesialisthelsetjenesten regulerer rehabilitering gjennom forskrift om habilitering og rehabilitering. Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2001).

Lov om pasientrettigheter § 3 sier hvilke rettigheter pasienten har til medvirkning, informasjon og informasjonens form (Pasientrettighetsloven 1999).

Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Loven tar for seg sykepleier sine plikter med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven 1999).

3.4 Hjerneslag

Hjerneslag er etter WHO sin definisjon en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse av cerebrale funksjoner med vaskulær årsak (Karoliussen og Smebye 2000).

Hjerneslag (Apoplexia cerebri) er den tredje hyppigste dødsårsak og den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming hos voksne. Endringen i befolkningsutviklingen med stadig økende andel eldre personer, medfører at antall hjerneslag sannsynligvis vil øke betydelig fram mot år 2030, og vil bli en økende utfordring for samfunn og helsevesen. Konsekvensen av dette blir et økende behov for oppfølgende rehabilitering, og en del har også så store funksjonstap at de trenger varig omsorg i sykehjem (Wekre 2004).

3.4.1 Hva er et hjerneslag.

Årsaken til hjerneslag er i hovedsak sykdom i hjernens eller halsens arterier og oppstår oftest som følge av en trombe i en av hjernens arterier, eller grunnet en embolus fra hjertet eller halsarterier. Hjerneslag kan også skyldes en blødning fra en arterie i hjernen. Den vanligste årsaken til hjerneslag er Thrombosis cerebri som skyldes trombosering i en aterosklerotisk arterie og utgjør ca. 80 til 85 % mens blødninger utgjør ca 15 – 20 % av alle slag (Jacobsen m.fl. 2001).

3.4.2 Forekomst

I Norge rammes omlag 14000-15000 personer av hjerneslag hvert år, og det lever trolig 55-60.000 mennesker som har hatt et slagtilfelle, og omlag 2/3 av disse har en funksjonssvikt som følge av hjerneslaget. Ca. halvparten av de som rammes av hjerneslag får en varig funksjonssvikt (Wekre 2004).

3.4.3 Hvem rammes

Hjerneslag forekommer sjelden blant yngre aldersgrupper, men fra ca. 55 års alder ses en dobling i risiko for hvert tiår. Tre av fem hjerneslag i Norge oppstår etter fylte 75 år. Kjønnsforskjellene er små men viser en noe økt risiko hos menn i alle aldersgrupper (Mathiesen, E. B, I. Njølstad og O. Joakimsen 2007).

3.4.4 Prognose.

De forskjellige typer hjerneslag har en ulik prognose for overlevelse i akutfasen. Den første måned etter et hjerneslag vil mellom 5 og 15 % av pasienter med hjerneinfarkter dø, mens ved blødning i hjernen er dødeligheten i samme periode 25 – 35 %. Subaraknoidalblødning (hjernehinneblødning) har høyest akutt dødelighet med 35 – 50 % døde innen første måned (Wekre 2004).

3.4.5 Typer utfall.

Etter et hjerneslag vil det forekomme utfall og funksjonsforstyrrelser av varierende alvorlighetsgrad, fra de små og nesten ubetydelige til de mer alvorlige og sammensatte funksjonstap. Alvorlighetsgraden bestemmes av lokaliseringen og av hvor omfattende tapet av hjerneceller er. De vanligste funksjonsforstyrrelser er pareser og paralyse og om lag 85 % av alle som får hjerneslag får motoriske utfall som lammelser der den ene halvdel av kroppen er affisert (Karoliussen og Smebye 2000).

Andre funksjonsforstyrrelser kan være svelgevansker, sensibilitetstap og taleforstyrrelser. I tillegg til de nevrologiske utfall vil mange få kognitive utfall, det vil si at de blir mentalt forandret, eksempelvis med utvikling av eufori, depresjon eller demens (Jacobsen m.fl. 2001).

I etterkant av et hjerneslag får mange funksjonsforstyrrelser som nedsatt hukommelse og redusert tempo. Ofte kan vi se at eldre får problemer med å bearbeide forskjellige inntrykk og problemer med initiativ, planlegging og strukturering av aktiviteter.

Disse problemene kan ofte forveksles med motivasjonsproblemer og det forekommer også personlighetsendringer etter et slag (Karoliussen og Smebye 2000).

En hjerneblødning kan gi skader i alle strukturer i hjernen, hjernebarken, storhjernen, lillehjernen og hjernestammen. Hvilke symptomer en person kan få vil avhenge av hvor i hjernen skaden oppstår. Storhjernen fungerer som et overordnet og regulerende organ for alle mentale og motoriske funksjoner. Vi deler storhjernen inn i venstre og høyre hemisfære, forbundet med hjernebroen. De to hjernehalvdelenene er hver for seg spesialisert til å bearbeide forskjellige stimuli, og har forskjellige måter å bearbeide informasjon på.

Mens den venstre hjernehalvdelen er spesialisert til å bearbeide språklige inntrykk som detaljer og nyanser i språket, er den høyre hjernehalvdelen dedikert til bearbeiding av følelser og tanker samt sanseinntrykk fra kroppen og omgivelsene. Den høyre hjernehalvdelen ser helheten, setter ting i sammenheng, og integrerer nye inntrykk. Likevel er det et nært samarbeid mellom de to hemisfærene og en skade i den ene vil derfor forstyrre funksjonen i begge hjernehalvdelenene fordi samspillet i hjernen som helhet blir berørt. Dette vil også påvirke pasientenes mulighet til å gjenvinne tapte ferdigheter (Almås 2001 bind 2).

Et hjerneslag kan også gi skader i lillehjernen og i hjernestammen. Typiske utfall ved en skade i lillehjernen kan være:

- Likevektsproblemer
- Ataksi, forstyrrelser i samordning av muskelbevegelser
- Hypermetri, nedsatt koordinasjon av bevegelser
- Dysartri, utydelig tale

Typiske utfall ved en skade i hjernestammen kan være:

- Svimmelhet
- Svelgeproblemer
- Dobbeltsyn
- Utydelig tale

(Almås 2001 bind 2).

4.0 Drøfting.

Vi vil i vår drøfting ta for oss Kirkevold sine fire sykepleiefunksjoner, da vi mener disse beskriver Henderson sine 14 grunnleggende sykepleieprinsipper. Kirkevold beskriver sykepleierens spesielle oppgaver og identifiserer fire funksjoner i rehabilitering av slagpasienter. Ved å belyse disse funksjonene håper vi å kunne si noe om hva som er:

”sykepleiers rolle i rehabilitering av slagrammede”.

4.1 Sykepleiers fortolkende funksjon

Den fortolkende funksjon kan ha stor betydning for pasienter i rehabilitering etter et hjerneslag, og det er viktig at sykepleier hjelper pasientene til å forstå den situasjon de er kommet i (Joten 1997).

Ved vår hospiteringspraksis opplevde vi at sykepleiere gjentatte ganger måtte forklare for pasienter hva som hadde skjedd med dem, hvorfor de var på en rehabiliteringsavdeling, og hva de skulle oppnå med dette. Grunnen til dette kan være at pasienten har en opplevelse av at kroppen er blitt uforutsigbar og fremmed. Pasientens opplevelse med nedsatt kroppskontroll og utrygghet innebærer nye avgrensninger i livsutfoldelsen. I tilfeller der pasienten ikke lenger er i stand til å utføre de ting som tidligere har vært en selvfølgelighet vil dette kunne medføre både frustrasjon, bekymring og uvisshet. Disse erfaringene blir en viktig del av pasientens opplevelse av egen kropp. Uvissheten hos en pasient kan være større hvis denne har liten kunnskap om egen kropp og reaksjoner (Heggdal 2008).

En stor del av pasientene befinner seg i kortere eller lengre tid i en krisetilstand, noe som blant annet virker inn på deres evne til å oppfatte og huske informasjon. Når en rammes av en sykdom eller skade som medfører drastiske og varige endringer i selvbildet og livsførselen, er det vanlig at det som skjer oppleves som en krise (Almås 2001 bind 1).

Den som rammes vil være preget av sterke avvergereaksjoner, og i denne fasen er ikke personen i stand til å bearbeide opplevelsen. Mennesker reagerer forskjellig der noen viser sterke sorgreaksjoner, angst og fortvilelse mens andre oppleves som uberørt utad. Pasienten opplever et emosjonelt kaos der han ikke kan forstå hensikten eller meningen med det som er skjedd (Håkonsen 2006).

Mangel på kunnskap om egne tålegrenser vil også medføre at en oftere blir stoppet av kroppen sin, noe som viser den nære sammenhengen mellom opplevelsen av uvisshet, endringer i livsutfoldelse og utvikling av kroppskunnskap. En kan se at pasienter forsøker å bagatellisere og skjule symptomene for omgivelsene, noe som er typiske måter å håndtere situasjonen på, håpet om at dette er noe forbigående og at symptomene om en tid vil forsvinne (Heggdal 2008).

Kirkevold definerer sykepleiers fortolkende funksjon som:

- Hjelp pasienten og pårørende fra kaos til å få nye kunnskaper og oversikt i en ny livssituasjon.
- Hjelp pasienten og pårørende å se muligheter og begrensninger i rehabiliteringen
- Hjelp pasienten og pårørende å danne realistiske forventninger og fremtidige mål

I en tidlig rehabiliteringsfase kan pasienten være lite mottakelig for informasjon og råd, og sykepleier må derfor gi enkle forklaringer på hva de ulike symptomer og plager kan bety. Det er viktig at vi tar oss god tid til å lytte til det pasienten og pårørende formidler. Når vi lytter kan dette oppleves som god støtte i en vanskelig situasjon, og som en bekreftelse på at vi tar det pasienten og pårørende sier på alvor. Pasienten må få tid og mulighet til å sette ord på sin uvisshet og sine fortolkninger av symptomer og plager.

Vi må være forberedt på at vi kanskje ikke greier å nå i gjennom med informasjon da dette er en naturlig del av prosessen. Vår informasjon om prøvesvar eller undersøkelser kan fungere som en bekreftelse på at det personen kjenner inni seg er riktig. På sikt vil dette kunne bidra til at pasienten går videre og erkjenner at han lever med en sykdom eller skade som det vil ta tid å lege (Heggdal 2008).

Pasienten vil konsentrere alle sine krefter på å holde følelser og tanker under kontroll noe som gir lite energi til overs til å mestre de mer langsiktige problemene han står

overfor. Sykepleier bør derfor unngå å presse pasienten ved realitetsorientering om en merker at han ikke er mottakelig for dette. Pasienten kan føle det som belastende og oppleve dette som en ny trussel og dermed som uhensiktsmessig for han. Sykepleier bør heller sette seg ned sammen med pasienten og hans pårørende og fokusere på situasjonen slik den er her og nå, der en setter seg kortsiktige og oppnåelige mål som pasienten kan føle eierskap til. Vi kan være en god støttespiller og en trygg samtalepartner som gir pasienten den informasjon han føler behov for tilpasset den situasjonen han befinner seg i (Almås 2001 bind 1).

Vi opplevde at sykepleier tok seg tid til pasienten når denne ga uttrykk for utrygghet, og veiledet når pasienten for eksempel ikke forstod hvorfor armen ikke lystret.

”Hvorfor skulle dette ramme meg?” (Pasientuttalelse fra praksissted).

Sjokkfasen kan raskt eller etter noen dager gå over i en reaksjonsfase der pasientens emosjonelle reaksjoner kommer tydeligere til uttrykk (Håkonsen 2006).

Etter hvert vil pasienten forstå at livet er blitt annerledes enn før og han beveger seg fra uvisshet og bagatellisering til en erkjennelse av tap av livsutfoldelse og livskvalitet. Pasienten må selv jobbe seg gjennom tapet, sorgen og sinnet, men sykepleier kan være en som går sammen med dem og som støtter, utfordrer og bekrefter de følelser og tanker som kommer frem. Vi kan være en fortolker, en som prøver å forstå hva pasienten tenker og føler. Å fortolke et annet menneskes innsikt og behov er ingen lett oppgave fordi den baseres på pasientens egne erfaringer. Vi trenger kunnskap om pasientens bakgrunn, hans vilje, krefter og kunnskaper.

De pårørende var en viktig ressurs og sykepleierne vi observerte benyttet ofte de pårørende for å verifisere de opplysninger pasienten ga oss slik at vi kunne unngå missforståelser og unødvendig belastning for pasienten.

Sykepleier og pasient har ulike erfaringsgrunnlag og vi gjør ulike tolkninger av den informasjonen vi får. Det er derfor viktig å forsikre seg om at pasienten har oppfattet informasjonen korrekt for å sikre en mest mulig presis gjengivelse. Vi må tenke på at informasjon er ikke hva sykepleier har sagt men hva pasienten har forstått.

Tap av livsutfoldelse er ei tung bør   bære, og pasienten trenger støtte og bekreftelse på at sykdommen og det som følger med er en belastning. Sykepleier må støtte deres h p da håpet gir krefter pasienten trenger for å bevege seg videre. Dette er en del av en helsefremmende prosess som tar tid (Heggdal 2008).

Sykepleierne tok seg god tid til å lytte til pasientens tanker, og forsøkte å gi bekreftelse på at deres opplevelse og erfaring var viktig informasjon for dem selv og for oss som hjelpere.

De opplevelser og erfaringer pasienten gjør underveis i rehabiliteringsprosessen danner et viktig grunnlag for læring og mestring, og for å komme videre i sin egen helsefremmende prosess. Pasienten vil etter hvert komme inn i en fase der han blir motivert for å lære mer om sykdommen, og om behandlingen av egne reaksjoner. Denne fasen kjennetegnes ved h p, vekst og utvikling, og pasienten er nå i gang med å bygge en bro over til livet slik det var før hjerneslaget inntraff. Pasienten preges nå i større grad av reorientering og veien videre, og har ikke lenger hovedfokus på det som er tapt (ibid).

Håkonsen sier at mennesker etter hvert går over i en bearbeidingsfase der individet søker å finne tilbake til de grunnleggende elementer som skaper stabilitet og trygghet i tilværelsen. Han peker på at når individet søker å bearbeide en krise, innebærer det en akseptasjon av hva som har skjedd der en forsøker å gi tilværelsen et nytt innhold og mening (Håkonsen 2006).

Pasienten vil måtte lære seg å kjenne egne tålegrenser for å finne ut hva som forverrer symptomer og plager og hva som lindrer og gir bedring. Han må lære seg å lytte til kroppens signaler, reflektere over og tolke symptomer, og gå inn i dialog med omgivelsene om det han kjenner på. I en bearbeidingsfase utvikles en innsikt og forståelse for hvordan han kan håndtere plagene ved hjelp av egne ressurser. Selv om uvissheten i forhold til tilbakefall og behandlingssituasjonen fortsatt er en del av opplevelsen, preges han i større grad av troen og håpet som er knyttet til bedring i fremtiden (Heggdal 2008).

Her vil pasienten trenge støtte og oppmuntring, og sykepleier kan være den som hjelper pasienten til å sette ord på og tolker kroppens signaler. Det er viktig at

sykepleier opparbeider et godt tillitsforhold slik at pasienten våger å sette ord på hva de kjenner, og hva de tenker om det de merker i kroppen sin. Denne informasjonen er svært betydningsfull og vil danne et viktig grunnlag i de tverrfaglige vurderinger av behandlingsforløpet.

Vi erfarte at det var forskjell hvor deltagende pasienten var, avhengig av hvilken sykepleier pasienten hadde i stellsituasjonen. Dette underbygger teorien og viser betydningen av hvordan sykepleier utøver sin rolle.

Vi opplevde i vår praksis at de øvrige faggrupper i teamet ofte hadde en halv times konsultasjon med pasienten mens sykepleier hadde pasientkontakt gjennom hele døgnet. Sykepleier får derfor et tettere forhold der pasienten lett knytter seg til enkelte pleiere framfor andre. Ordningen med primærkontakter sikrer at pasienten har noen få og faste sykepleiere å forholde seg til, noe som gir pasienten en større trygghet til å åpne seg og snakke om sine innerste tanker.

Mange pasienter er ikke vant til å verdsette egne erfaringer og se på dette som en ressurs. Deres tidligere erfaringer med helsevesen tilsier at legen vet best og jeg får gjøre som legen sier.

Vi opplevde at en pasient ga uttrykk for smerter i ryggen under morgenstellet, men under legevisitten unnlot han å nevne dette. Sykepleieren som var med, minnet da pasienten på hva han tidligere hadde nevnt om ryggsmertene. På denne måten sørget sykepleier for at pasientens informasjon ble videreformidlet til legen.

Sykepleier må få pasienten til tro på at han innehar viktig kunnskap om egen kropp som det er viktig å få formidlet til de forskjellige faggrupper. Pasientens kunnskap sammen med kliniske undersøkelser og observasjoner vil gi en bedre forutsetning for god pleie.

Etter hvert vil pasienten dreie sitt fokus bort fra det som er tapt og bruke sine krefter til å utforske nye muligheter for livsutfoldelse. Han blir mer aktiv og motivert for å lære om forebygging og egenbehandling ved at han benytter flere kilder til kunnskap om hva som er helsefremmende i eget liv (Heggdal 2008).

I følge Håkonsen vil de sterke emosjonelle reaksjonene knyttet til krisen, være forbi, og pasienten har akseptert hendelsen og skapt en ny plattform for livet sitt. Han peker på at sorgen og fortvilelsen ikke nødvendigvis er over men at disse opplevelsene ikke lenger dominerer i individets oppmerksomhet og på den måten stjeler all psykisk energi (Håkonsen 2006).

Pasienten trenger bekreftelse på at kunnskap om seg selv er viktig, og sykepleier bør støtte pasienten og hjelpe med fortolkning slik at pasienten best mulig kan nyttiggjøre seg denne kunnskapen. Sammen med pasienten og hans pårørende kan vi gjennomgå hans helsefremmende strategier og styrke disse ved at vi spør og lytter. Vi må sørge for at hans forventninger er realistiske og gjennomførbare slik at vi reduserer mulighetene for tilbakeslag. Pasienten er ekspert på egen helse men vi kan lære han å tolke kroppens signaler og gi han trygghet for hvilke grenser han må jobbe innenfor (Heggdal 2008).

I vår praksis erfarte vi at sykepleierne vektla verdien av å undervise og veilede de slagrammede, for å øke forståelsen av egen situasjon.

4.2 Sykepleiers støttende funksjon

Sykepleierens støttende funksjon er svært viktig i rehabiliteringen. Hvordan sykepleier bidrar med sin støttende funksjon avhenger av hvilke utfall hjerneslaget gir og hvordan dette påvirker pasientens funksjonsnivå (Almås 2001 bind 2).

Ved mindre utfall kan det være nok med veiledning, muntlig beskrivelse eller visuell instruksjon, mens ved større utfall kan det være nødvendig at sykepleieren iverksetter eller leder bevegelsen ved såkalt guiding.

Vi observerte under morgenstellet at sykepleieren holdt pasientens arm og utførte bevegelsene uten verbal instruksjon.

En lammelse etter et hjerneslag kan ofte sette pasienten ut av stand til å ivareta de grunnleggende behov som personlig stell og å få i seg mat og drikke. Det kan være vanskelig å sette i gang og å gjennomføre bevegelser på grunn av manglende krefter,

og utholdenhet. Oppgavene som en tidligere greide selv er ikke lenger mulig å utføre, og en trenger derfor mye hjelp.

Hendersons sykepleiedefinisjon går ut på å få dekket de grunnleggende behov, men at disse er avhengig av menneskets ressurser, og at disse vil være forskjellig ut fra hvordan en opplever sine behov. Behovet for sykepleie vil være tilstede når pasienten har nedsatt evne til å ta selvstendige beslutninger eller mangler de ressurser som er nødvendige for å kunne få dekket sine grunnleggende behov.

Sykepleieren må først bruke tid for å bli kjent med pasienten, for deretter å kartlegge pasientens forventninger, ønsker for rehabiliteringen og pasientens behov, og hvordan disse kan bli best mulig ivaretatt. Ut fra dette planlegges og iverksettes tiltak for å assistere pasienten i utførelsen av nødvendige gjøremål (Kristoffersen 2005 bind 4).

I rehabiliteringsfasen er god kommunikasjon "nøkkelen" til et godt samarbeid for å oppnå et godt resultat. Det er viktig for å nå målet, at sykepleier deltar i pasientens anstrengelser og sørger for fysisk og psykisk støtte. Gjennom å gi støtte, oppmuntring og hjelp, vil sykepleieren fremme pasientens motivasjon og tro på egen evne til å mestre den nye situasjonen som kan oppleves som utrygg og skremmende. En av sykepleierens viktigste oppgaver er å hjelpe pasienten til å kunne forstå og leve med kroppen på tross av funksjonssvikt (Kristoffersen 2005 bind 1).

Kirkevold forklarer sykepleierens støttende funksjon som:

- Å skape tiltro og trygghet
- Å bevare håp og hindre depresjon
- Å tilpasse aktivitetene etter krefter, slik at pasienten opplever mestring og øke aktivitetsmengden gradvis
- Gi positiv tilbakemelding og motivasjon
- Å hjelpe, støtte og veilede pasienten og pårørende gjennom den normale krisereaksjonen
- Å medvirke til økt selvbilde, verdighet og integritet hos pasienten
- Å hjelpe/oppmuntre pasienten til å bevare sitt sosiale nettverk

(Almås 2001 bind 2).

For at pasienten skal kunne oppleve støtte og omsorg er det viktig at sykepleieren innehar en faglig og personlig trygghet som åpner for den andres muligheter. Tryggheten vi møter i mennesker må oppstå i dem, - og ikke i oss, ved at pasienten føler at han blir ivaretatt og er i trygge omgivelser. Her må sykepleieren gjør seg synlig ved å være til stede, lytte, og vise respekt og ydmykhet. Sykepleieren må møte pasienten som et menneske og ikke som en diagnose, få nærhet og kontakt gjennom å vise at man bryr seg og har tid. Sykepleieren må vise kommunikasjonsferdigheter ved å ha en lyttende og åpen holdning. Bare slik kan vi forstå den andres opplevelse av sykdommen (Kristoffersen 2005 bind 1).

En rehabiliteringsprosess er en sjokkartet og følelsesmessig opplevelse og det er viktig at sykepleieren kan håndtere pasientens følelser ved å lytte til undertoner i pasientens budskap. Kommunikasjonsformen må være tydelig og ordene må tilpasses til hvordan dette påvirker pasientens følelser og relasjoner. Det er gjennom det vi sier, øyekontakt, stemmebruk og kroppsspråk vi markerer vår relasjon til pasienten, og det er helt avgjørende at vi er bevisste på hvordan kommunikasjonsformen best mulig kan etablere samarbeid med pasienten. Utydelig kommunikasjon uten empati for pasientens følelser kan bli mislykket og i verste fall brutal (Wekre 2004).

Sykepleieren har en spesiell utfordring når pasienten har en kognitiv svikt eller kommunikasjonsvansker. I følge yrkesetiske retningslinjer:

”fremmer sykepleieren pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2001).

Vi må være bevisst på hva pasienten gir uttrykk for. Her vil sykepleierens undervisende rolle og samarbeidet være avgjørende ved at en innehar en aktiv lyttende holdning og at informasjonen formidles på en tydelig, tilpasset, god og ærlig måte ut fra pasientens situasjon. (NJK b4 s49) Sykepleieren må se observasjonen av pasienten som helhet og ha evne til å tolke og forstå de tegn som pasienten forsøker å uttrykke (Kristoffersen 2005 bind 1).

I en rehabilitering er det mange avgjørelser som må tas av teamet, og dette kan være en stor utfordring både for pasienten og teamet. Det er viktig at vedtak blir fattet sammen

med pasienten for at man i størst mulig grad skal komme til enighet. Sykepleieren må forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen ved å oppsummere og gjennomgå de vedtakene som er fattet. Slike oppsummeringer vil gi en bedre struktur på samtalen ved at pasienten har lettere for å skille det viktige fra det uviktige (Wekre 2004).

Gjennom god kommunikasjon og motivasjon skaper vi forutsigbarhet og trygghet hos pasienten. Dette leder igjen til at pasienten kan oppleve styrket håp, og kan være avgjørende i forløpet av rehabiliteringen for hvordan mennesker takler livssituasjonen ved tap, lidelse og usikkerhet. Vi må ivareta pasientens medbestemmelsesrett gjennom tilrettelegging og tilpasning av aktivitetsnivået på pasientens premisser.

Når et slag rammer påvirkes hans sosiale nettverk, og særlig den nærmeste familien. Sykepleiers støtte til pårørende er en indirekte støtte til pasienten. Henderson understreker at personen er i sentrum for den sykepleien som ytes, men at pasientens nærmeste bør trekkes inn, når det kan bidra til å dekke pasientens behov (Kristoffersen 2005 bind 4).

Den støtten pasientens nærmeste gir i en krise er særlig viktig, og dette er en støtte helsepersonell ikke kan erstatte. En viktig del av sykepleierrollen er å bevare og styrke det sosiale båndet mellom pasient og pårørende ved å informere om pasientens tilstand og behov, og ved å veilede de pårørende (Kristoffersen 2005 bind 3).

4.3 Sykepleiers integrerende funksjon

- Sykepleierens integrerende funksjon tar sikte på å hjelpe pasienten til å forstå hensikten med behandlingen
- Å integrere behandlingsprinsippene i dagliglivets aktiviteter
- Å være pasientens talsmann og bindeledd i det tverrfaglige teamet og neste ledd i behandlingsskjeden.

Et hjerneslag kan gi ulike typer utfall og dermed påvirke pasientens funksjonsnivå på ulike måter. Hvordan vi som sykepleiere kan gå fram for å hjelpe pasienten avhenger derfor av utfallets art. I tilfeller der en pasient er utsatt for et mindre utfall kan veiledning, muntlig beskrivelse eller visuell instruksjon om hva pasienten skal gjøre, være tilstrekkelig. Ved større utfall vil sykepleiers funksjon ofte bli mer deltagende fordi pasienten ikke selv mestrer igangsetting og utførelse av tidligere automatiserte bevegelser. Her må vi fysisk guide pasientens bevegelser for å gi relevant sansestimulering og en opplevelse av bevegelsens normale rytme og forløp. Dette viser nødvendigheten av at sykepleier innehar stor kunnskap om et menneskes normale bevegelsesmønstre og det komplekse samspillet som finner sted mellom kroppshalvdelene. Her vil sykepleier nyte godt av det tverrfaglige samarbeidet der blant andre fysioterapeuten kan gi råd og lage individuelt tilpassede treningsprogrammer (Almås 2001 bind 2).

I tillegg til de fysiske utfall rammes mange pasienter av utfall av kognitive funksjoner. Dette vil berøre pasientens prosesser knyttet til tankevirksomhet, erkjennelse og problemløsning. *”Dette kan beskrives som den sjelelige eller intellektuelle virksomhet som gjør at iakttagelser blir beviste og fører til forståelse, tanker og resonnement”* (Lindskog 1998 i Almås 2001 bind 2 s.754).

Henderson peker på at sykepleier i sin rolle har et ansvar for å assistere pasienten i situasjoner der han mangler ressurser i form av kunnskap, krefter eller vilje. Som sykepleier med ansvar for slagrammede, møter vi mennesker som mangler noen av eller alle de nevnte ressurser, og vår tilnærming vil derfor bli individuell fordi ingen pasienter er like (Kristoffersen 2005 bind 4).

Vi mener Henderson her berører nøyaktig det vi opplever som vår rolle i møte med slagrammede der vi benytter guiding som handler om å assistere pasienten der han enten mangler kunnskap, krefter eller vilje.

Vi må bygge et godt mellommenneskelig forhold mellom oss som sykepleier og pasienten og hans pårørende. Pasienten og de pårørendes tillit har å gjøre med vår oppførsel og hvordan vi framstår i vår rolle. Dette handler om å vise respekt og

forståelse for mennesker i krise som har krav på, og behov for å møte hjelpere som evner å vise innlevelse i deres situasjon.

Kommunikasjonsproblemer kan begrense pasientens mulighet til å formidle egne tanker og følelser, og sykepleier er derfor avhengig av å etablere en væremåte som fjerner barrierer og åpner for at pasienten får formidlet sine behov. Vi må tenke over hvordan vi kommuniserer verbalt men også nonverbalt. Det hjelper ikke hva vi sier, hvis ansiktet vårt eller kroppsholdningen vår sier noe annet. Ansiktsuttrykk som viser følelser har mange likhetstrekk uavhengig av kultur og nasjonalitet, og i vårt flerkulturelle samfunn må en være ekstra varsom med de nonverbale uttrykk fordi språkbarrierer kan vanskeliggjøre den verbale kommunikasjonen

Sykepleier må legge vekt på bearbeidingen av sykdom og tap for å kunne øke pasientens opplevelse av helse. Om pasienten får nødvendig hjelp til å mestre situasjonen vil han etter hvert kunne fokusere på muligheter og positive opplevelser i stedet for begrensninger (Kristoffersen 2005 bind 1).

I en tidlig fase må vi være forberedt på at vi kanskje ikke greier å nå i gjennom med informasjon da dette er en naturlig del av prosessen. Vi må ta oss god tid til å lytte til det pasienten og de pårørende formidler samtidig som vi benytter oss av de pårørende og deres relasjon til pasienten. Ved å benytte de pårørende kan det noen ganger være lettere å få formidlet vår informasjon om hensikten med behandlingen (Heggdal 2008).

Rehabilitering bygger på et tverrfaglig samarbeid med felles målsetting og behandlingsprinsipper. Behandlingsresultatet avhenger av at alle rundt pasienten følger de samme prinsippene, og sykepleierne er en viktig del av rehabiliteringsteamet. En sykepleier besitter kunnskap, innsikt, holdninger. Dette er verdifulle egenskaper som kan benyttes til å motivere pasienten og de pårørende, og til å gjennomføre et strukturert treningsopplegg og dermed gi pasienten optimale treningsmuligheter. Sykepleiers integrerende funksjon handler om å være pasientens talsmann der vi sikrer at hans behov dekkes. Gjennom observasjon og samtale kan vi fange opp hvilke behov pasienten har som berører de andre faggruppene, og gi tilbakemeldinger som sikrer at disse tas hensyn til. Pasienten må selv være aktiv og medansvarlig om han skal bli bedre, og her blir pasientens målsetning avgjørende for at han og det tverrfaglige teamet skal jobbe i samme retning (Almås 2001 bind 2).

I en tidlig fase kan det være vanskelig å si hva slags mål man kan oppnå, og den slagrammede har kanskje ikke den nødvendige grad av erkjennelse til å delta i oppstilling av mål. Det er likevel viktig at sykepleier setter seg ned sammen med den slagrammede og dens pårørende, og setter opp foreløpige mål gjerne relatert til den slagrammedes tilværelse før slaget. Målene bør være optimistiske, men ikke urealistiske, og eksempler kan være å komme hjem, gjenoppta kjente aktiviteter eller eventuelt gjenoppta sitt arbeid.

På veien fram mot målet trenger den slagrammede enkle, konkrete og gjennomførbare delmål gjerne knyttet til praktiske ferdigheter. Her kan sykepleier hjelpe den slagrammede med å finne små delmål som å sitte med støtte på sengekanten, kunne vaske ansiktet selv eller barbere seg. Vi må huske at alt som går litt bedre enn dagen før, vil oppleves som en oppmuntring (Veileder i rehabilitering av slagrammede 1996).

”Vi delte opp treningen i flere små etapper, delmål, som syntes overkommelige. Det kunne være å komme over i rullestolen, løfte foten over et papirark og så videre. Etter hvert kunne jeg gå litt, og flagget kom frem rett som det var. Humøret steg, men det vanket skuffelser også. Til slutt var jeg ute og gikk tur på snøføre sammen med fysioterapeuten. Jeg gikk alene uten hjelpemidler. Det var en stor seier” (ibid).

4.4 Sykepleiers bevarende funksjon

- Sykepleierens bevarende funksjon handler om å dekke pasientens grunnleggende behov.
- Sørge for at pasienten fysiske og psykiske energi opprettholdes ved å skape balanse mellom aktivitet og hvile
- Forebygge komplikasjoner og gi pasienten helhetlig pleie og omsorg.

Sykepleiers rolle er sammensatt av de funksjoner det forventes at en sykepleier utfører i rehabiliteringen, og kan inneholde elementer av de forventninger som pasienten har til sykepleier. Sykepleiers egne holdninger og meninger er med på å bestemme rollen til sykepleier, og vi må huske at de pårørende kan ha forventninger til sykepleier på vegne av pasienten.

Arbeidsgiver og samfunnet forøvrig legger premisser for hvordan sykepleierrollen fremstår og utføres. I det tverrfaglige samarbeidet må vi ta hensyn til de andre faggruppers forventninger til sykepleier og hva de mener sykepleier er ansvarlig for (Fyrand 2005).

Hvis vi tar utgangspunkt i Henderson sine grunnleggende sykepleieprinsipper vil en meget viktig del av sykepleiers bevarende funksjon være å sørge for pasientens grunnleggende behov. Disse vil være individuelt betinget der pasientens situasjon, og hva denne mener, bestemmer hvilke behov som er viktige (Kristoffersen 2005 bind 4).

Det er viktig å huske at det hos slagpasienter kan forekomme kognitive utfall som kan medføre at pasienten ikke selv ser egne problemer. Eksempelvis kan de glemme å spise, og sykepleier må da gå inn og minne pasienten på at det er viktig å spise tilstrekkelig, slik at han har krefter til å gjennomføre trening og aktivitet for at rehabiliteringen skal bli så vellykket som mulig. Inntak av tilstrekkelig mat og drikke kan medføre vansker for noen slagrammede, for eksempel ved dysfagi som er en følgetilstand etter et slag. Sykepleier vil da måtte ta hensyn til dette ved pasientens måltider, hvordan maten blir tilberedt, hvor mye hjelp pasienten trenger til å få i seg maten og eventuell trening som må utføres for å forbedre pasientens svelgefunksjon.

Fra pasientens synspunkt kan sykepleierens viktigste funksjon være å dekke de grunnleggende behov. Det er ofte denne funksjonen pasientene har størst forventninger til og mening om, at sykepleier har et spesielt ansvar for (Joten 1997).

Her vil sykepleierens observasjoner være viktige for å kartlegge hvor det vil være nødvendig å sette inn tiltak, slik at den slagrammede enten klarer å utføre gjøremål selv, eller må få hjelp til det. Sykepleiers observasjoner er også viktige i det tverrfaglige samarbeidet for at andre faggrupper kan sette i verk tiltak for å forbedre pasientens funksjoner.

I tilfeller der pasienten er i ferd med å skade seg selv er sykepleiers observasjoner viktige. I vår praksis observerte vi at en pasient med halvsidig lammelse og sensibilitetstap selv klarte å kjøre i rullestol men merket ikke at den lamme armen hadde falt ned på siden av rullestolen, og kom i klem mot veggen. Sykepleier måtte da minne pasienten på at hun skulle se på den lamme armen sin. Pasienten ser da på sin lamme side og virker overrasket over at armen henger ned. Sykepleiers gjentatte påminnelser vil kunne gi pasienten den kunnskap og vilje hun trenger for selv å huske at hun må passe på den lamme armen sin slik at den ikke skades unødig.

Det at sykepleier ikke går inn og utfører denne handlingen for pasienten, men i stedet forsøker å bevisstgjøre pasienten slik at denne utfører dette selv, er viktig for at pasienten skal få øvd opp egen evne til å ta vare på seg selv. Dette vil på sikt kanskje gi pasienten en opplevelse av å klare å mestre ting på egen hånd, og sykepleier kan på denne måten styrke pasientens autonomi.

Under vår hospiteringspraksis observerte vi at sykepleierne var svært oppmerksomme på å tilrettelegge for at pasientene skulle kunne klare å utføre så mye som mulig selv, uten at sykepleierne hjalp dem mer enn nødvendig. Om sykepleierne så at en pasient strevde unødvendig mye, for eksempel ved påkledning, fikk pasientene hjelp slik at de skulle ha igjen krefter til å gjennomføre den trening eller gjøremål de hadde resten av dagen (Joten 1997).

Sykepleiere hadde også en meget viktig oppgave med å videreføre trening satt i verk av de andre faggruppene, og denne treningen var integrert i pasientens daglige gjøremål. Hos pasienter med sensibilitetsutfall var sensibilitetstrening en naturlig del

av morgenstellet, og sykepleier kunne også observere om pasienten hadde tegn på skader og lignende. Det er naturlig for sykepleier å snakke med pasienten mens en utfører morgenstellet, men noen pasienter trenger stillhet fordi de har nok med å konsentrere seg om og de oppgavene de skal utføre, som det å ta på seg en sokk eller lignende. Sykepleier kan på denne måten få oversikt og danne seg et bilde av pasientens dagsform, og kan ut fra dette hjelpe pasienten med å skape balanse mellom aktivitet og hvile. En sykepleier må påse at rehabiliterings intensitet med utgangspunkt i pasientens ståsted og velvære, bidrar til å styrke håp, mening og økt selvaktelse hos den enkelte pasient (Karoliussen og Smebye 2000).

Vi erfarte at pasientene trengte mye hvile, og dagen ble lagt opp så de i størst mulig grad hadde god tid mellom de enkelte behandlinger. Sykepleier har her et ansvar for å sikre at pasientene får den tiltrengte hvile.

”Jeg var til stede på korøvelser igjen allerede en måned etter at jeg ble utskrevet fra sykehuset. For meg ble det knapt en halv times øvelse, så en times hvile og så litt sang til slutt”(Nonseid 2000 s.41).

5.0 Konklusjon.

Vi mener at vi har klart å belyse de momenter som gir svar på hva som er sykepleiers rolle i rehabilitering av slagrammede.

Det kunne vært interessant å utføre en mer målrettet studie i praksisfeltet med dybdeintervju av pasienter, pårørende, sykepleiere og andre yrkesgrupper i det tverrfaglige teamet. Dette ville gitt et bredere grunnlag for å si noe mer om hva sykepleierens rolle er.

Med bakgrunn i oppgavens problemstilling har vi forsøkt å belyse hva som er sykepleiers rolle, og finner at denne er sammensatt og avhengig av de forventninger og krav som stilles av de involverte i rehabiliteringen.

Vi opplevde sykepleierens rolle som en viktig bidragsyter for å skape en god atmosfære i avdelingen, og som støtte til de andre faggruppene. Sykepleier hadde en viktig rolle i behandlingen fordi de var til stede gjennom hele døgnet, og representerte en kontinuitet som ga trygghet for pasientene.

Vi opplevde at sykepleierens terapeutiske rolle var basert på en videreføring av andre faggruppers behandlingsopplegg, en forlenget arm som tok ansvar for at behandlingen ble gjennomført resten av døgnet. Sykepleiers administrative rolle beslagla mye av tiden gjennom blant annet dokumentasjon og kontakt med kommunehelsetjenesten.

Sykepleierens koordinerende rolle var tydelig i de daglige gjøremål, med planlegging og tilrettelegging for pasientens rehabilitering. De passet på at pasienten møtte opp til avtaler, planla og gjennomførte behandlingsmøter, ansvarsgruppemøter m.m.

Vi oppfattet likevel at den viktigste rollen var den støttende og rådgivende rollen i forhold til pasienten og de pårørende.

Samlet sett mener vi at sykepleieren har en naturlig lederrolle i behandlingsteamet fordi de er den ene rollen som har kontakt med alt og alle i rehabiliteringen.

For å heve sin anseelse i det tverrfaglige teamet må sykepleier dokumentere og beskrive sin særegne funksjon slik at de får den anerkjennelsen vi mener de fortjener.

6.0 Etterord.

Proessen med oppgaven har til tider vært arbeidsom, og gruppen har jobbet tett med faglige diskusjoner og gode refleksjoner. Dette har vært nyttig for kunne se problemstillingen fra flere sider. Gruppen har møttes hver dag og arbeidet etter oppsatt fremdriftsplan, og grundig gjennomtenkt disposisjon. Alle gruppens medlemmer har vært lojale og pliktoppfyllende med hensyn til oppmøte og arbeidsfordeling.

Gjennom gruppearbeidet har vi sett verdien av godt samarbeid i erkjennelsen av at flere tanker gir større innsikt enn ved selvstendig studie. Vi har lært at en må gi og ta i en gruppe med mange sterke og gode meninger, men at sluttproduktet blir bedre fordi det gjenspeiler gruppens felles holdinger og meninger.

Vi valgte å gjennomføre vår hospiteringspraksis tidlig i fasen for å kunne danne oss et bilde av sykepleierens rolle i rehabilitering av slagrammede. Dette var til hjelp i skriveprosessen og påvirket vårt valg av litteratur og sykepleieteoretiker. Vi har i tillegg tilegnet oss større kunnskap rundt temaet, og større forståelse for den slagrammedes situasjon, rehabiliteringsprosessen og sykepleierens rolle.

Litteraturliste

Almås, Hallbjørg (red.). (2007). *Klinisk sykepleie*. bind 2. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Dalland, Olav. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Fyrand, Live. (2005). *Sosialt nettverk teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Heggdal, Kristin. (2008). *Kroppskunnskaping*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Håkonsen, Kjell Magne. (2006). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jacobsen, Dag m.fl. (2006). *Sykdomslære, indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Joten, Marie A. (1997). *Pasienters mestring etter hjerneslag*. Oslo.

Karoliussen, Mette og Kari L. Smebye. (2000). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt, Eli-Anne Skaug (red.). (2005). *Grunnleggende sykepleie*, bind1, 2, 3 og 4. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Nonseid, Kristin Buestad. (2000). *Etter slaget*. Oslo: Libretto forlag.

Norsk Sykepleierforbund. (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo.

*Wekre, Lene Lande og Kjersti Vardeberg (red.). (2004). *Lærebok i rehabilitering*. Bergen: Fagbokforlaget.

Digitale kilder:

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2001). [Online:] Lovdata. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010628-0765.html> . 01.04.2009.

Helse og Omsorgsdepartementet. (1997). *NOU 97. 20 Omsorg og kunnskap*. [Online:] <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-20/9.html?id=346419> . 27.03.2009.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. [Online:] Lovdata. <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> . 22.03.2009.

Langhammer B. og J. K. Stanghelle. (2001). *Fysioterapi etter hjerneslag*. [Online:] http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=410077 . 17.03.2009.

Mathiesen, E. B. , I. Njølstad og O. Joakimsen. (2007). *Risikofaktorer for hjerneslag*. [Online:] http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1504416 . 24.03.2009.

Norsk sykepleierforbund. (2008). *Sykepleie et selvstendig og allsidig fag*. [Online:] <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf> . 24.04.2009.

Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter*. [Online:] Lovdata <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> . 22.03.2009.

Skagen, Håkon og Piros, Janus. (2002). *En annerledes rolle i det tverrfaglige arbeidsfellesskapet*. [Online:] http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=121267 . 25.04.2009.

Statens helsetilsyn. (1996). *Veileder i rehabilitering av slagrammede*. [Online:] http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/veileder_rehabilitering_slagrammede_ik-2542.pdf . 23.03.2009.

Universitetet i Oslo. (2007). *Bokmålsordboka* [Online:] <http://www.dokpro.uio.no/ordboksoek.html> . 14.04.2009.