

Jon Wilhelm Kjærstrud

Hjerneslag og psykisk helse: En undersøkelse av ansattes erfaringer.

En kvalitativ studie

Bacheloroppgave i Ergoterapi

Veileder: Linda Stigen

Mai 2023

Jon Wilhelm Kjærstrud

Hjerneslag og psykisk helse: En undersøkelse av ansattes erfaringer.

En kvalitativ studie

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Linda Stigen
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven er utformet på bakgrunn av erfaringer i slagrehabiliteringsavdeling på sykehus. Fysisk og psykisk helse blir påvirket som konsekvens av hjerneslag. Pasienten er preget av tap av ulike ferdigheter som tidligere var viktige i dagliglivet. Nasjonale retningslinjer er utformet slik at de gir viktige pekepinner på at både fysisk og psykisk helse skal ivaretas av helsevesenet.

Behandling av fysisk helse gir synlige resultater. Behandling av psykisk helse er mindre målbar og psykisk helse er gjerne noe både helsepersonell og pasienten som er i krise etter alvorlig sykdom blir oppmerksom på etter hvert i sykdomsforløpet.

I oppgaven er det brukt kvalitativ metode dvs. intervju av to informanter i henholdsvis døgnavdeling og poliklinikk, for å se nærmere på hvordan psykisk helse blir fokusert i slagrehabilitering.

Det kommer fram i resultatene at et psykisk helsefokus ofte avhenger av den enkelte helsearbeiders anledning i samarbeid med pasienten mer enn at det er faste rutiner for å utrede og behandle psykisk helse hos den enkelte pasienten. Undersøkelser i arbeidsfeltet gjort av andre forskere viser at pasienter etter hjerneslag har utfordringer med tanke på kontakt med helsevesenet når det gjelder psykiske helseutfordringer.

Nøkkelord: Hjerneslag, Senfaserehabilitering, Psykisk helse, Ergoterapi, Intervju

Innhold

1.0 Innledning og bakgrunn	4
1.1 Fokus på psykisk helse og rehabilitering i vår samtid	4
1.2 Tema og relevans for ergoterapi.....	5
1.3 Hensikt og problemstilling	6
1.3.1 Begrepsavklaring	6
1.4 Teoretisk perspektiv	7
1.5 Avgrensing av oppgaven.....	7
2.0 Teori	8
2.1 Psykisk helse og hjerneslag.....	8
2.2 Rehabilitering etter hjerneslag	9
2.3 Lovverk og offentlige utredninger	12
3.0 Metode	14
3.1 Kvalitativ metode	14
3.2 Datainnsamling.....	15
3.2.1 Semistrukturerte intervjuer	15
3.2.2 Utvalg	15
3.2.3 Ethiske vurderinger og personvern i forhold til gjennomføring av intervju.....	16
3.3 Dataanalyse	17
3.3.1 Transkribering	17
3.3.2 Dataanalyse.....	17
3.4 Litteratursøk	19
4.0 Resultat	20
4.1 Pasientenes tilbud i forhold til psykisk helsehjelp i rehabilitering.....	20
4.2 Behovet for et endret rehabiliteringsforløp	21
4.3 Ansattes tolkning av pasientenes psykiske helse i slagrehabilitering	22
5.0 Diskusjon	23

5.1 Diskusjon av resultat	23
5.1.1 Pasientenes tilbud i forhold til psykisk helsehjelp i rehabilitering	23
5.1.2 Behovet for et endret rehabiliteringsforløp	25
5.1.3 Ansattes tolkning av pasientenes psykiske helse i slagrehabilitering.....	27
5.2 Metodediskusjon	28
5.3 Relevans for ergoterapeutisk praksis.....	30
6.0 Konklusjon.....	31
7.0 Referanseliste.....	32

1.0 Innledning og bakgrunn

Innledningen til denne bacheloroppgaven tar for seg bakgrunn for valg av tema, temaets samfunnsaktualitet og relevans for ergoterapi. Videre inkluderes teoretisk perspektiv og hensikter med valg av problemstilling.

I oppgaven er temaet slagrehabilitering og psykisk helse. Valget av tema ble gjort etter deltagelse i praksis på slagpoliklinikk. Det ga et inntrykk av at det der et veldig tydelig søkelys på fysisk rehabilitering og kognitive tester, men psykisk helse var sjeldent et tema hos personer som har gjennomgått hjerneslag. Det kommer fram i Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag at “Emosjonelle symptomer er blant de mest oversette problemer etter hjerneslag.” (Helsedirektoratet, 2017, s. 295)

Apoplexia Cerebri, også kalt hjerneslag, er plutselig innsettende tap av kroppsfunksjoner forårsaket av en blodpropp eller spontan blødning i hjernen (Jørgensen et al, 2013, s.129). En følge av et hjerneslag er at det kan svekke fysisk og psykisk helse. utfordringene som kan oppstå etter hjerneslag kan begrense hverdagslige aktiviteter som tidligere var en selvfølge.

I 2021 rammet hjerneslag 9158 mennesker i Norge (Norsk hjerneslagregister, 2021 s.4).

Hjerneslag er den tredje vanligste årsaken til død, den vanligste årsaken til alvorlig funksjonsnedsettelse og behov for institusjonsopphold og tverrfaglig rehabilitering (Meld. St.19 (2018-2019), s.104).

1.1 Fokus på psykisk helse og rehabilitering i vår samtid

I behandlingsapparatet vis a vis hjerneslagrammede framkommer det anbefalinger om at pasienter skal være inne til poliklinisk kontroll hos spesialisthelsetjenesten innen 3 måneder etter at hjerneslaget har inntruffet. Statistikk viser at det kun er halvparten som har vært til legekonsultasjon og kun 6 av 10 pasienter har vært til kontroll hos primærhelsetjeneste. Resultatene som blir rapportert er ikke i henhold til anbefalingene, men betegnes likevel som positive. De forteller at det vil følges nøye med på utviklingen i tilbudet om oppfølging framover (St. Olavs hospital HF, 2021,

s.16). Det er også rapportert at nær halvparten av pasientene ikke mottar rehabiliteringstilbud. To av ti har fått døgnoppholdsplass. Norsk hjerneslagregister har ikke fått opplysninger om at hjerneslagpasientenes behandlingsbehov er tilstrekkelig og påpeker at dette gir grunnlag for nærmere undersøkelse (St. Olavs hospital HF, 2021, s.14).

1.2 Tema og relevans for ergoterapi

I rehabiliteringssammenheng har ergoterapeuter en viktig rolle for å muliggjøre aktivitet for individer og grupper. Aktivitet står sentralt i ergoterapeutisk praksis. Tett oppfølging av personens ønsker, behov og mål er hovedpunkter i rehabiliteringen (Wæhrens, 2013, s.374).

I arbeidet som ergoterapeut vil man ta høyde for at det er forskjellig forståelse og ulike perspektiver på hvordan man løser aktivitetsproblematikk og hvordan man kan hjelpe pasienten best mulig (Peoples et al, 2019, s.26). Bruken av undersøkelsesverktøy og teoretisk kunnskap hos ergoterapeuten fremmer utøvelse og deltagelse i hverdagsaktivitetene til pasientene (Peoples et al, 2019, s.26).

Det kommer fram at ergoterapeutens rolle er viktig innenfor feltet slagrehabilitering (Underland, 2014). Studier av deltakere i rehabilitering i etterkant av utskrivelse fra sykehus, hadde bedre aktivitetsmestring og utførelse av daglige gjøremål når de hadde mottatt ergoterapi sammenlignet med de som ikke hadde mottatt ergoterapi (Underland, 2014).

Den emosjonelle, det vil si den psykiske påkjenningen, det innebærer å oppleve slag kommer tydelig fram i forskning. Slagpasientenes hverdag er preget av usikkerhet rundt framtid og egen evne til å gjennomføre aktiviteter og dette bidrar til psykisk uhelse (Alenjung et al, 2019, s.229). De opplever å være redd for at den nye hverdagen påvirker deres nærmeste negativt. Dette på grunn av begrensinger og vanskeligheter med å mestre kravene som de vanligvis stiller til seg selv. Dette innebærer også at mange har frykt for å miste jobb og roller som ellers har betydd mye for dem. Det å daglig måtte reflektere rundt sin aktivitetskapasitet gir mye bekymring og psykiske utfordringer (Alenjung et al, 2019, s.229). I senfaserehabiliteringen ser man viktigheten av ergoterapeutisk intervensjon og søkelys på det psykiske og det sosiale

rundt slagpasienter med kognitive påkjenninger (Alenjung et al, 2019, s.232). I behandling av slagpasienter er det viktig å se helhetsbilde av pasientens situasjon i ergoterapeutisk behandling. I denne oppgaven undersøkes ansatte sin oppfølging og oppfatning av ivaretagelsen av psykisk helse da dette er en viktig påvirkende faktor i rehabiliteringsforløpet til slagpasienter.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få et innblikk i hvordan ulike faggrupper jobber tverrfaglig med psykisk helse i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging etter hjerneslag. Det er ønskelig at oppgaven skal sette fokus på at helsepersonell i rehabilitering kan og bør anvende et holistisk syn på pasientene ved å vektlegge psykisk og fysisk helse likt (Taylor og Kielhofner, 2019, s.24). Dette danner utgangspunktet for valg av tema og gir følgende problemstilling: ***“Hvordan blir psykisk helse ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging etter hjerneslag?”***

1.3.1 Begrepsavklaring

Begrepsavklaringer relatert til problemstilling

Psykisk helse: Beskrives som opplevelsen av å ha det bra, med muligheter til å virkeliggjøre sine talenter, mestre vanlige beslutninger i livet, finne glede i arbeid og aktivitet samt delta og bidra i samfunnet. Begrepet kan beskrives med hvordan vi forstår, håndterer og gir mening til de utfordringene vi møter i hverdagen (Andersen, 2021).

Senfaserehabilitering: Rehabiliteringstilbud med søkelys på å mestre og håndtere endret livssituasjon i senfase etter en ervervet hjerneskade (Sunnaas sykehus, u.å).

Poliklinisk: Utredning og/eller behandling som utføres uten at pasienten legges inn på sykehus (Lerø, 2020).

Hjerneslag: Fellesbetegnelse på sykdomstilstander som skyldes en plutselig forstyrrelse i blodsirkulasjonen i hjernen (Thomassen, 2022).

I oppgaven omtales de som har gjennomgått hjerneslag som hjerneslagpasienter evt. slagpasienter.

1.4 Teoretisk perspektiv

Problemstillingen stiller spørsmål ved hvordan pasienters psykiske helse blir ivaretatt i rehabilitering. Dette vil gjøre GAP-modellen til et passende perspektiv, da gapet mellom pasientens egne forventninger og kapasitet muligens ikke passer med rehabiliteringens tilbud eller forventet funksjon fra pasient (Solvang & Slettebø, 2012, S.102-103).

I GAP-modellen beskrives individets forutsetninger og utfordringen med å komme i bedre form, men også at den egentlige begrensningen kan komme av at samfunnet, eller i denne sammenheng rehabiliteringen, skaper gapet som hindrer pasienten i å utvikle seg gjennom rehabilitering på best mulig måte (Solvang & Slettebø, 2012, S.87). GAP-modellen kan brukes i sammenheng med at pasienters fysiske og psykiske funksjon ikke ene og alene hviler på pasienten, men at det er innflytelse fra omverdenen og avhenger også av omgivelser, krav og riktig helsehjelp for å sørge for et optimalt pasientforløp (Solvang & Slettebø, 2012, S.87).

GAP-modellen som teoretisk perspektiv vil bidra til å sette søkelys på hvordan rehabilitering kan optimaliseres og lukke gapet mellom det som tilbys og pasientens reelle behov (Solvang & Slettebø, 2012, s.87).

1.5 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven avgrenses av at fokuset rettes mot pasienter som har gjennomgått et slag og hvordan psykisk helse blir ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging. Det skal heller ikke vektlegges å gå i dybden på psykiske diagnoser ved hjerneslag, men heller fokus på psykisk helse generelt. I sammenheng med psykisk helse rettes problemstillingen opp mot ergoterapeutisk intervensjon og ergoterapeutens viktige rolle i helhetlig rehabilitering av slagpasienter.

2.0 Teori

I dette kapittelet presenteres teori som vil bli benyttet i diskusjonskapittelet (Kapittel 5.0).

Utvalgt teori er gjort på bakgrunn av valg av tema og litteratur som kan bidra til å besvare og belyse problemstillingen. Dette vil danne et godt drøftingsgrunnlag for dataene som kommer frem i resultat. Faglitteratur er funnet gjennom søk i databaser og relevant litteratur.

2.1 Psykisk helse og hjerneslag

Pasienter som har erfart hjerneslag av mildere grad blir ofte sett på som fullt fungerende (Terrill et al, 2018, s.1). Det psykiske aspektet som ofte ikke blir avdekket kan lede til nedsatt livskvalitet som følge av redusert deltagelse i meningsfull aktivitet. Her understrekes det at helsepersonell ofte ikke har tilstrekkelig med kunnskap rundt psykiske vansker relatert til hjerneslag med mindre alvorlighetsgrad (Terrill et al, 2018, s.1).

Slagpasienter som har lite fysisk nedsatt funksjon, blir ofte sendt raskt hjem i etterkant av undersøkelse i sykehussammenheng. Mange av de psykiske vanskene kan komme til syne etter hjemkomst og kan bli en tung byrde for både pasient og familie (Terrill et al, 2018, s.3).

I undersøkelser relatert til psykisk helse i etterkant av avsluttet rehabilitering for hjerneslag framkommer det at rundt halvparten av deltakerne opplever psykiske senfølger og lavere livskvalitet (Bergersen et al., 2010, s.367). Litt i overkant av en tredjedel sliter med angstrelaterte vansker og en fjerdedel sliter med depresjon. Det kommer frem i artikkelen at desto større utfall hjerneslaget har, desto større sannsynlighet er det for psykisk uhelse (Bergersen et al., 2010, s.367).

Studien viser til at halvparten av deltakerne ikke oppsøker psykisk helsehjelp i etterkant av utskrivelse fra sykehus (Bergersen et al., 2010, s.369).

Dette leder til et viktig punkt i artikkelen der det foreslås at helsepersonell bør vektlegge kartlegging av psykisk helse som en del av rehabiliteringen av hjerneslagrammede (Bergersen et al., 2010, s.369).

Gjennom salutogeneseteori kan vi vektlegge psykisk helse i helsearbeid med pasienter (Langeland & Vaardal, 2014, s.53). I en salutogen tilnærming er hovedmålet å øke pasientens mestringsopplevelse. Dette kan styrkes gjennom et samspill av påvirkende faktorer som arbeid, familie, venner og samfunnet overfor pasienten. I oppfølging av pasienter med psykisk uhelse er det viktig å bevisstgjøre pasientene på de mulighetene og ressursene som er iboende i pasienten og slik øke innsikt i egne mestringsmuligheter.

I salutogenese omtales «livets elv» og denne illustrasjonen kan være et nyttig verktøy for behandlere å introdusere for sine pasienter. «Livets elv» kan enkelt forklares som at målet er å fortsette å svømme mot bedring av funksjon, og at man må takle hindringene i elven ved å tilpasse seg aktivt for å ikke bli tatt nedover av strømmen (Langeland & Vaardal, 2014, s.53).

I sjokkfase og i den akutte fasen er kunnskap og bruk av salutogenese høyst relevant som rehabiliteringsverktøy (Langeland & Vaardal, 2014, s.54). Det er spesielt viktig i en belastende fase at psykisk helsearbeid med fokus på tilrettelegging og innspill hjelper pasienten med å håndtere situasjonen og vinkle det til noe meningsfylt gjennom rehabiliteringsopplegget. I psykisk helsearbeid er det å bistå pasienten ved å være en god støtte, samtalepartner og veileder essensielt (Langeland & Vaardal, 2014, s.54).

2.2 Rehabilitering etter hjerneslag

Overordnet skal rehabilitering handle om individuell tilpasning og tilbudet som blir gitt skal basere seg på at alle kroppslige funksjoner skal bli ivaretatt. For at pasienten skal nå sine mål må det forekomme ulike tiltak, tjenester og tilbud som gjelder spesifikt for individet (Normann et al., 2006 S. 30).

Rehabilitering avhenger av en samarbeidsprosess som oppstår mellom pasient og helsepersonell samt helsevesenet som overordnet organ (Normann et al., 2006, s. 32). Formålet med rehabiliteringen skal være at pasienten oppnår best mulig selvstendighet og deltakelse, på både sosialt og samfunnsmessig plan. I rehabiliteringssammenheng skal ikke pasientens tidsavgrensning i behandling settes som en begrensning, men heller

som et virkemiddel for å oppnå mestring innenfor gitte rammer (Normann et al., 2006, s.32).

Formålet med rehabilitering er å tilrettelegge så pasienten kommer tilbake i samfunnet og deltar på lik linje med andre mennesker, med de samme rettighetene og pliktene (Normann et al., 2006, s.41). I rehabiliteringsmeldingen som ble presentert i 1999 var rehabilitering et begrep som skulle innebære at medisinsk, sosial, psykososial og yrkesrettet rehabilitering går under ett (Normann et al., 2006, s.29).

I tverrfaglig samarbeid er det viktig at ulike yrkesgrupper støtter hverandre og arbeidsfordeler ut fra fagbakgrunn (Borge, 2014, s.40-41). Ved koordinert samarbeid og ved å legge fokuset på selve behandlingsmodellen som hver yrkesprofesjon bruker vil det gi et annet fokus enn å problematisere ulikhetene i behandlingsmetoder (Borge, 2014, s.40-41).

Det å ta utgangspunkt i pasienten som en helhet kan kreve større organisatorisk presisjon og tydelig ledelse i ansvarsfordeling blant profesjonene (Borge, 2014, s.41).

Overgangen fra sykehus til hjem viser seg å medføre utfordringer for slagpasienter (Arntzen, 2015, s.30). Det å gå fra de trygge rammene i sykehus og returnere hjem gir nye roller som kan være en stor påkjenning (Arntzen, 2015, s.30). Det kommer frem at mange av slagpasientene opplever den tette oppfølgingen av fysisk helse som svært viktig. Oppfølgingen øker mestring av daglige aktiviteter, fremgang i fysisk form og økt selvstendighet (Arntzen, 2015, s.31). Det er likevel åpenbare svakheter i rehabiliteringsforløpet knyttet opp til oppfølging av mennesket som helhet. De kognitive, emosjonelle og relasjonelle utfordringene kommer tydeligere fram ved hjemkomst.

Det var i denne sammenheng pasientene uttrykte misnøye og viste til behov for bistand ved sosiale og praktiske gjøremål som igjen skal bli en del av hverdagen (Arntzen, 2015, s.31).

I rehabiliteringssammenheng er ofte helsepersonell oppmerksom på at psykisk helse ikke blir ivaretatt i ønskelig grad og likevel svikter oppfølgingen på dette området (Hansen, 2018, s.124). Den tverrfaglige kartleggingen som gjøres i rehabilitering har på plass viktige faggrupper som representerer sitt eget spesialfelt (Hansen, 2018,

s.130). Sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter med sine kompetanseområder bidrar med rehabiliteringsperspektiver som danner kartleggingsgrunnlag som følger pasienten videre i behandling og ved utskrivelse. Det blir foretatt en grundig kartlegging og behandling av fysiske funksjoner mens psykisk helse blir ikke kartlagt og behandlet på lik linje (Hansen, 2018, s.130). Ansatte var fullt klar over dette, men anså det som en oppgave forbeholdt annet personell enn de som var til stede på rehabiliteringsavdelingene (Hansen, 2018, s.131).

Psykisk helse ble fortsatt vurdert som viktig i rehabiliteringssammenheng blant de ansatte, men det var ikke organisatorisk tilrettelagt for å gjennomføre og yte slik behandling (Hansen, 2018, s.131).

En ergoterapeuts rolle i rehabiliteringssammenheng kan være å motivere slagpasienter gjennom aktiv deltagelse i aktivitet (Kristensen & Nielsen, 2013, s.130). Motivasjon og aktiv deltagelse er viktige momenter i rehabilitering for å oppnå et godt resultat. Pasienter som opplever en krisesituasjon, kan med støtte av ergoterapeut erkjenne sine fysiske og psykiske vansker og konsekvenser for fremtidig aktivitet (Kristensen & Nielsen, 2013, s.130).

Mange slagpasienter opplever nedsatt initiativ som en av følgende av hjerneslag (Kristensen & Nielsen, 2013, S.131). Ergoterapeuten kan bistå med å sette realistiske mål, sikre suksess ved gjennomføring av aktivitet allerede første gang den blir utprøvd og henviser til lignende aktiviteter som opprettholder eller danner motivasjon (Kristensen & Nielsen, 2013, s.131).

I ergoterapeutisk samtale med pasient vektlegges ikke bare aktivitetsproblematikk, men også kartlegging av pasientens opplevelse og generelle livssituasjon (Kristensen & Nielsen, 2013, s.117). Dette er en del av ergoterapeutens helhetsperspektiv på pasienten og pasientens rammer for fysisk og psykisk utfoldelse.

2.3 Lovverk og offentlige utredninger

Helsedirektoratet beskriver i sine Nasjonale faglige retningslinjer viktigheten av ergoterapeutisk intervensjon i forhold til rehabilitering etter hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017, s.299). I de faglige retningslinjene kommer det fram at det er anbefalt at slagpasienter med behov for hjelp til personlige aktiviteter i dagliglivet (PADL) og instrumentell aktivitet i dagliglivet (IADL) har oppfølging av ergoterapeut i rehabiliteringssammenheng (Helsedirektoratet, 2017, s.299-300). I tverrfaglig intervensjon skal alle pasienter med vansker i forhold til aktivitet ha oppfølging av et tverrfaglig team som inkluderer en ergoterapeut. Dette for å sikre tilstrekkelig med opptrening på daglig basis (Helsedirektoratet, 2017, s.299). Ergoterapeuten vil spille en sentral rolle i rehabiliteringen med tanke på å fremme aktivitet, øke selvstendigheten i PADL og redusere potensiale for dårlig prognose etter hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017, s.299).

I et sammensatt rehabiliteringstilbud kan ergoterapeuten bistå med å trene sensomotoriske og kognitive funksjoner, legge til rette for å styrke ferdigheter i IADL, gi rådgiving, undervisning og opplæring om hjelpemidler til pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2017, s.300).

I lov om pasient og brukerrettigheter er det flere paragrafer som står sentralt for å ivareta pasienter i behandling. Dette er lovverk som også skal benyttes i diskusjon av resultater (Kapittel 5.0). I lov om pasient og brukerrettigheter illustreres pasienters rettigheter og muligheter i sammenheng med rehabilitering (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

§ 1-1. Formål

«Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

For å definere paragraf § 1-1. Formål inkluderes deler av paragraf § 1-3. Definisjoner

«I loven her menes med

a. pasient: en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;»

«c. helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell;»

«d. helse- og omsorgstjenesten: den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester;» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3).

Rett til individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5) er en vesentlig rettighet for pasienter. Den kan nemlig sikre samordning og koordinering av rehabiliteringstjenestene. Slik at rett hjelp kommer til rett tid. Herunder også hjelp vedrørende psykisk helse. Slagpasienter vil i mange tilfeller ha bruk for nettopp denne koordineringen der de selv ikke er i stand til å initiere koordinering av sine hjelpebehov.

§ 2-5. Rett til individuell plan

«Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5).

3.0 Metode

I dette kapittelet blir valg av metode presentert. Her redegjøres for fremgangsmåten valgt for å besvare problemstillingen. Her blir forberedelser og gjennomgang av intervju, analyse av data, etiske vurderinger og litteratursøk presentert.

3.1 Kvalitativ metode

For å besvare problemstillingen benyttes kvalitativ metode for å samle kunnskap om temaet og danne dybdeforståelse gjennom informantenes egne meninger og oppfatninger av temaet (Jacobsen, 2022, s. 144). Gjennom å benytte kvalitativ metode vil informasjonen bli mer virkelighetsnær når informantene deler fritt av sine erfaringer og meninger (Jacobsen, 2022, s. 139).

Kvalitativ metode som forskningsstrategi bidrar til å gi flere perspektiver og beskrivelser på bakgrunn av virkelighetsoppfatningen til individer jeg innhenter informasjon fra (Malterud, 2017, s.31). Dette bidrar til å gi dataene et mangfold og flere nyanser for refleksjon og variasjon i svarene. Ved bruken av kvalitativ metode får man innsikt i menneskers erfaring, oppfatning og holdning i forhold til temaet som er valgt (Malterud, 2017, s.31).

I denne oppgaven benyttes det konstruktivistiske verdenssyn (Creswell & Creswell, 2018, s.7). Innenfor det konstruktivistiske verdenssyn er som regel forskningsprosessen induktiv og tar utgangspunkt i dataene som blir innsamlet i intervju sammenheng (Creswell & Creswell, 2018, s.8). Ved induktiv tilnærming stiller man med åpent sinn ved innhenting av informasjon og systematiserer informasjonen slik at det relevante trekkes ut fra intervjuene. Ved et konstruktivistisk verdenssyn blir det å basere seg på informantens tanker, opplevelser og kunnskap rundt tema essensielt (Creswell & Creswell, 2018, s.8).

Erfaringsbasert kunnskap og opplevelser med slagpasienter og deres psykiske helse blant informantene blir grunnlaget for en fortolkningsbasert tilnærming i oppgaven. En fortolkningsbasert tilnærming innebærer at det skal tas høyde for at det ikke bare er en enkelt objektiv virkelighetsoppfatning innenfor forskning og derfor benyttes individuelle intervjuer for å innhente data (Jacobsen, 2022, s. 29).

I de individuelle intervjuene vil det komme fram om det er ulike perspektiver og forståelser av tilbudet til slagpasienter i rehabilitering, og hvordan psykisk helsetilbud vektlegges (Jacobsen, 2022, s. 30).

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Semistrukturerte intervjuer

Det ble benyttet individuelle semistrukturerte intervjuer i datainnsamlingen. Fordelen ved bruk av semistrukturerte intervju gir informanten mulighet til å ha åpne svaralternativer på intervju spørsmålene (Sverdrup, 2021, s.62).

På den andre siden kan individuelle semistrukturerte intervjuer gi en bestemt tolkning og være med på å forstyrre dataene basert på at informanten blir for personlig i sin meningsytring. Informantens sine meninger kan fremstå annerledes ved andre gitte tidspunkt og det kan bidra til variasjon i informasjonen som blir gitt i intervju.

I intervjusammenheng ble det benyttet intervjuguide for å danne struktur i innhenting av informasjon. Dette ble brukt både for å sikre tydelighet i spørsmål og sikre at informasjonsflyten ble opprettholdt om det skulle stoppe opp i samtalen med informanten. Informantene fikk likevel snakke fritt og uavbrutt selv om det noen ganger var avsporinger (Sverdrup, 2021 s.63). Dette er en strategi for å sikre mest mulig informasjon og heller utspørre i etterkant hvis presiseringer er nødvendige (Sverdrup, 2021 s.63).

Intervjuguiden var delt i avsnitt med hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål. Den besto av åpne spørsmål knyttet til hjerneslag og ivaretagelse av psykisk helse. Informantenes tanker, kunnskaper og erfaringer i henhold til tema var fokus for intervjuguiden (se vedlegg 4).

3.2.2 Utvalg

Utvalgsprosessen startet med et nettsøk basert på problemstillingen. I den sammenheng ble det undersøkt hvilke institusjoner og faggrupper som jobber med senfaserehabilitering i døgninstitusjon og poliklinikk. Dette bidro til å gi oversikt over aktuelle sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner som tilbyr denne type behandling. Etter å ha kontaktet ulike postmottak ble det plukket ut noen aktuelle informanter. Her

ble det bestemt å velge en informant fra poliklinikk på sykehus og en informant fra rehabiliteringssenter. Dette for å hente ulike inntrykk opp mot problemstillingen. Begge informantene jobbet selvfølgelig innenfor fagfelt knyttet til hjerneslag og senfaserehabilitering. Ved sykehusets poliklinikk ble det opprettet kontakt med en sykepleier og fra rehabiliteringssenteret kontakt med en sosionom. Denne oppgaven er skrevet med ergoterapeutisk perspektiv, men det er valgt å inkludere alle naturlig involverte faggrupper som informanter på temaet.

3.2.3 Ethiske vurderinger og personvern i forhold til gjennomføring av intervju

I sammenheng med personvern ble studien godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Referansenummer: 168055, se vedlegg 1). Veileder godkjente et informasjonsskriv med samtykkeerklæring (se vedlegg 3). Dette ble sendt ut til valgte informanter i forbindelse med at det ble laget intervjuavtaler. Intervjuene foregikk på informantenes kontor og ble tatt opp med diktafon. En diktafon er ikke koblet til noen eksterne kilder og dette sikrer at dataene ikke kommer på avveie. Dette ble i etterkant overført til sikret mappe på minnepenn (Jacobsen, 2022, s. 52). Skriftlige signerte utgaver av samtykkeerklæring og materiale hentet fra intervjuene ble oppbevart i sikre mapper. I etterkant av intervjuene ble lydfilene transkribert og slettet.

Ved kvalitativ metode kan det være vanskelig å garantere anonymitet. Dette er fordi utvalget av informanter kan være spesifikt og dataene som samles inn kan være så detaljert at total anonymitet kan være uopnåelig (Jacobsen, 2022, s. 50).

For å sikre anonymitet i størst mulig grad ekskluderes institusjonsnavn og beskrivelser som gir tydelige indikasjoner på hvem informantene er. I resultatkapittelet får informantene følgende fiktive navn for å skille dataene: informant 1: Kristine, sykepleier, poliklinisk avdeling og informant 2: Lars, sosionom, senfaserehabilitering i døgnavdeling.

3.3 Dataanalyse

3.3.1 Transkribering

For å analysere opptakene av intervjuene, ble notatene fra intervjuene renskrevet, og rådataene i lydopptakene ble transkribert. Transkribering ga god oversikt over intervjuet og et ordrett innblikk i informantenes erfaringer og synspunkter (Jacobsen, 2022, s. 211).

3.3.2 Dataanalyse

Intervjuene har gitt nødvendig og relevant datamateriale for å belyse problemstillingen. I sammenheng med datanalysen benyttes det en analysemodell for å kartlegge og tematisere funn. Her ble Braun & Clark sine trinnbaserte faser for tematisk analyse aktuelt (Braun & Clarke, 2006, s.87-93). Den tematiske analysen skal hjelpe med å identifisere, analysere og danne tema ut fra dataene som kom fram i intervjuene (Braun & Clarke, 2006, s.80).

I dannelsen av hvert tema stilles det krav til at tilhørende data relaterer til problemstillingen eller gjennomgående tematikk som er viktig å understreke i relasjon til oppgaven (Braun & Clarke, 2006, s.82).

Fase 1: Bli kjent med data

I første steg av analysen innebærer det å gjøre seg kjent med dataene, notere og markere ideer for kodingen (Braun & Clarke, 2006, s.87).

Etter transkribering av intervjuene så var det viktig å bli kjent med dataene og danne seg et overblikk over viktige momenter for kodingen.

Fase 2: Genere initiale koder

Fase to starter når man har gjort seg godt kjent med innholdet i dataene og hva som er interessant å bemerke seg (Braun & Clarke, 2006, s.88). Denne fasen innebærer å produsere initiale koder fra data.

I denne prosessen fjernes overflødig tekst som ble vurdert som uvesentlig eller ikke relatert til tematikk og problemstilling. Her starter grovarbeidet som dannet

inndelingen av tekst med tilhørende kodeord. Dette ble gjort gjennom å markere tekstutdrag som var tolket som relevante for å gruppere data i kodesett. Dette for å stå igjen med koder med underlagte datautdrag fra intervjuene.

Fase 3: Søke etter tema

Fase 3 starter når all data på tvers av datasettet er kodet. Her skal de kodete dataene analyseres for å danne overordnede mulige temaer (Braun & Clarke, 2006, s.89).

Etter å ha laget en oversikt over koder og tilhørende data startet søket etter mulige temaer som kunne være aktuelle for de grupperte dataene. Dette resulterte i fem tema som kunne være aktuelle å ha med videre.

Fase 4: Vurdering av tema

Når mulige temaer er dannet, skal temaene vurderes og defineres i sammenheng med det kodete datasettet (Braun & Clarke, 2006, s.91). Det skal oppstå korrelasjon mellom utvalgte data og gitt tema.

I denne prosessen ble det brukt et tematisk kart som gjorde det lettere å definere og vurdere temaene opp mot hverandre. Her ble de fem temaene slått sammen for å danne tre hovedtemaer som samlet de kodete dataene under tre tematiske grupperinger.

Fase 5: Definerer og navngivning av temaene

Etter det tematiske kartet er laget er neste steg å finpusse, definere og navngi temaene. Her for å skape tydelig innhold og sortere kodet data under riktig tema (Braun & Clarke, 2006, s.92).

I sammenheng med dette ble dataene strukturert ytterligere og temaene fikk passende navn til tilhørende data. Deretter ble temaene undersøkt for å forsikre at tilhørende data var under riktige koder.

Fase 6: Produksjon av rapporten

Når alle temaene er på plass, skal det skrives rapport på bakgrunn av analysen. Dette skal gjøres for å gi leser en tydelig historie basert på funn i dataene, og vise til sitater fra informantene, som støtter opp under budskapet (Braun & Clarke, 2006, s.93).

Her ble det bestemt hvilke sitater og utdrag som var aktuelle opp mot teoretiske perspektiv, problemstilling og litteratur. Avslutningsvis ble det utformet en rapport på bakgrunn av dataene som beskrives ytterligere i resultatdelen av denne oppgaven.

3.4 Litteratursøk

Gjennom søk i databasene Cinahl og Idunn var det to forskningsartikler som kunne underbygge behovet for forskning rundt hvordan psykisk helse blir ivaretatt etter hjerneslag. For å finne forskningsartikler ble søket avgrenset ved å bruke ekskluderings- og inkluderingskriterier. Dette ekskluderte forskningsartikler fra før 2012, forskningsartiklene må være fagfellevurdert og kun forskning fra land med tilnærmet like behandlingsmetoder som Norge. Det innebærer bruk av forskningsartikler fra Europa, USA, Canada og Australia. Søket ble ytterligere avgrenset ved å kun inkludere engelsk eller norskspråklig forskningslitteratur. PICO-skjema og søkeord rettet mot problemstillingen er lagt til som vedlegg (se vedlegg 2).

Det ble også gjort søk gjennom Google Scholar. Det ledet til funn av forskningslitteratur som ikke ble avdekket i søkene som ble gjort i databasene. Ved gjennomføring av søk ble det erfart at treffene ikke var fullt så presise som ved bruk av databaser, men at søkene likevel hadde nytteverdi for å danne bredere oversikt over eksisterende litteratur. Dette resulterte i to artikler som bidro til litteraturgrunnlaget (se vedlegg 2).

4.0 Resultat

Første tema som skal introduseres er «Pasientenes tilbud i forhold til psykisk helsehjelp i rehabilitering» og omhandler hvilken oppfølging og tilbud slagpasienter får i senfaserehabilitering/poliklinisk sammenheng. Det andre temaet er «Behovet for et endret rehabiliteringsforløp» og vil gå nærmere inn på hvilket fokus psykisk helse får fra de ansatte sitt perspektiv. Det tredje og siste temaet heter «Ansattes tolkning av pasientenes psykiske helse i slagrehabilitering» og vil beskrive den psykiske helsen hos pasienter som er blitt sett av ansatte.

Innholdet i de tre temaene er basert på informantenes meninger og utsagn, og tolkning av dette. I det følgende kapittelet presenteres rapporten og valgt relevant data for å belyse problemstillingen.

Informant 1: Kristine, sykepleier. Poliklinikk.

Informant 2: Lars, sosionom. Senfaserehabilitering.

4.1 Pasientenes tilbud i forhold til psykisk helsehjelp i rehabilitering

Begge informantene forteller at de spør sine pasienter om psykisk helse og har det som del av oppfølgingen, men ingen tiltak utover dette. Kristine som er sykepleier ved poliklinisk avdeling bruker mye tid på å normalisere situasjonen slagpasienten står i, og forteller at hun har det som rutine i sin samtale å stille spørsmål som gjelder psykisk helse. I samtale med pasienten blir det brukt et skjema der det rettes spørsmål om angst og depresjon. Lars forteller derimot at psykisk helse ikke alltid er et tema, men at han gjerne snakker med pasientene om det. Er det derimot snakk om tyngre psykiske plager blir de henvist til psykolog.

«Jeg prøver å gi dem gode råd til hvordan de kan ta tak i det, men det er egentlig pasienten selv som blir overlatt det ansvaret og det kan du si at kanskje ikke er så lett når det er pasienter som har litt dårlig initiativ.»

Det presiseres her at ansvar for psykisk oppfølging i stor grad hviler på pasient selv. Kristine forteller videre at kun ved stort utfall fysisk og psykisk henvises pasienten videre innad i spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder konkrete psykiske plager, ber hun dem kontakte fastlege.

I senfaserehabilitering tilbys pasienter informasjon om psykisk helsetjeneste i kommunen når psykiske plager er fremtredende. Lars skulle ønske at man kunne hatt et gruppetilbud på akkurat dette med psykisk helse, men ser at pasientene er slitne og ved stadig kortere pasientopphold og en allerede tett hverdag, blir en sånn gruppe vanskelig å drive.

4.2 Behovet for et endret rehabiliteringsforløp

Begge informantene forteller at de skulle ønske at det var økt kapasitet og fokus rundt oppfølgingen av psykisk helse når pasientene er inne til behandling. Lars forteller om pasienter som er i en krise og snakker med pasientene om vanlige reaksjoner etter hjerneslag. Han uttrykker likevel at han skulle ønske det var like mye fokus på det psykiske som på rehabilitering av fysisk funksjon. Dette er gjennomgående i begge informanternes utsagn.

Kristine forteller at oppfølgingstimen som er på poliklinikk ofte viser at pasientene bærer på tanker og bekymringer som har kommet opp i etterkant av utskrivelse. Hun beskriver at mange opplever å ikke ha noe psykisk utfall i akutfasen, men at ved tre måneders oppfølging har de erfart psykiske påkjenninger og følt på sine begrensinger når støtteapparatet ikke er til stede.

«Jeg tenker det at det alltid vil være en mulighet for å bli bedre og gi bedre pasientomsorg. De psykiske plagene er jo noe som veldig mange har, så det er veldig viktig å se på og hvem det er som har det ansvaret da, er det kommunen, er det spesialisthelsetjenesten, det er jo kanskje litt der det ligger? At det ikke er definert.»

Kristine synes det hadde vært enklere for behandlingsapparatet om det var tydeligere linjer i pakkeforløpet til slagrehabilitering. Når det ikke er presisert hvem som har det overordnede ansvaret for psykisk helse så er det ikke så lett for behandlere å sette inn konkrete tiltak.

Lars oppfatter at pasientenes nye hverdag påvirker den psykiske helsen. Det er særlig de som opplever lite mestring og merker at både fysisk og psykisk form ikke er som før. I senfaserehabilitering ser Lars at det er en stor psykisk påkjenning for pasientene med de store endringene som kommer av et slag.

4.3 Ansattes tolkning av pasientenes psykiske helse i slagrehabilitering

Informantene opplever at pasientene bruker tid på å ta innover seg utfallene av hjerneslaget. Det beskrives begge manglende aktivitetsbalanse og at pasientene føler på frafall av aktivitetsrollene sine. Lars sier at det virker som om pasientene har nok med å holde hodet over vann.

«Jeg tror at det kanskje er flere enn de som innrømmer det er jo min tolkning, men jeg tror ikke alle nødvendigvis er vant til å kjenne etter på en måte eller ja..de tenker at så lenge de klarer å gå så er det bra, men.. det er jo det, men livet er jo mer enn bare å gå på en måte.»

Lars ser at i senfaserehabiliteringen at pasientene selv er fornøyde hvis de har det fysiske i behold, men at det kommer fram i et senere forløp av rehabiliteringsfasen at det var litt annerledes enn de hadde tenkt. Ved kontrollopphold beskriver pasientene at ting ble annerledes når støtteapparat og oppfølgingen ikke er til stede og de blir overrasket over de psykiske påkjenningene som avdekkes når de er tilbake i hverdagen. Pasientene forteller at det er mange av problemene som først vises når hverdagens roller og oppgaver er tilbake.

Samtaler med pasientene har gitt begge informantene innblikk i hvordan pasienten selv beskriver egen psykisk helse under slagrehabilitering. Kristine forteller at i utgangspunktet er alle pasientene veldig fornøyde med poliklinisk oppfølging. Til tross for at de fleste er fornøyde er det flere som sliter fordi de ikke klarer å delta i aktiviteter sånn som de gjorde før. Kristine opplever derfor at de ikke har like god livskvalitet.

Både Lars og Kristine beskriver den psykiske påkjenningen av hjerneslag. Det er en fellesnevner i begge intervjuene at hjerneslag oppfattes som en alvorlig diagnose og at pasientene preges av sjokket som ofte følger slaget ved hjemkomst. Kristine forteller at på poliklinikken uttrykker over halvparten av pasientene at det har oppstått symptomer eller tegn på depresjon.

5.0 Diskusjon

I denne bacheloroppgaven er problemstillingen ***“Hvordan blir psykisk helse ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging etter hjerneslag.?”***

I dette kapitlet drøftes funnene i resultat opp mot teoretisk perspektiv, relevant faglitteratur, lovverk, det ergoterapeutiske fagområdet og problemstilling.

I de tre temaene i resultat antydes det et tomrom i behandling av psykisk helse i rehabilitering av hjerneslag. Dette er gjennomgående i resultatene og vil stå sentralt i drøfteprosessen. I slutten av dette kapitlet skal det drøftes metode og etiske utfordringer knyttet til gjennomføring av prosjektet samt oppgavens relevans for fremtidig ergoterapeutisk praksis.

5.1 Diskusjon av resultat

5.1.1 Pasientenes tilbud i forhold til psykisk helsehjelp i rehabilitering

Begge informantene er opptatt av pasientens psykiske helse og snakker med pasientene sine om dette som en del av oppfølgingen. Det kommer fram at ansvaret for psykisk helse i stor grad hviler på pasienten selv.

I forskningslitteraturen forekommer lignende informasjon.

Psykisk helse er noe de ansatte ofte har tanker rundt, men som ofte blir «glemt» eller forsvinner i organiseringen av behandlingsansvaret (Hansen, 2018, s.131). I sammenheng med hjerneslagpasienter som har gjennomgått tverrfaglig vurdering så forekommer det grundig kartlegging av fysisk funksjon, men de ansatte beskriver at psykisk helse ikke blir fullverdig fulgt opp (Hansen, 2018, s.130).

Her ser vi likhetstrekk og felles opplevelse fra de ansatte med mine informanter om hvordan rehabiliteringen er strukturert med fokus på psykisk helse. Dette kan tyde på

behov for bedre tverrfaglig samarbeid i avdeling og på tvers av avdelinger. Det er likevel viktig å ta i betraktning at dette er en relativt liten representasjon av helsevesenet og det kan være annerledes i andre rehabiliteringsavdelinger enn de som beskrives her.

I forhold til hjerneslagpasienters rettigheter i rehabilitering er det viktig å vise til Pasient og brukerrettighetsloven, paragraf § 2-5 om rett til individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5).

Her framkommer det at pasienter som er i langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har, etter loven, krav på en utarbeidet plan som møter deres individuelle behov fra spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). Dette kan tolkes som at et fullverdig rehabiliteringsløp tilpasses etter pasientens behov, og bør inkludere psykisk helse som en del av hverdagen i senfaserehabilitering og ved poliklinisk oppfølging. En slik plan, individuell plan (IP), inkluderer pasienten og flere faggrupper i samarbeid.

Med tanke på behandlingsbehovet for psykisk helse er det passende å trekke inn det teoretiske perspektivet som GAP-modellen utgjør (Solvang & Slettebø, 2012, s.87). GAP-modellen peker på viktigheten av et fokus på mulig avstand mellom behandlers tilbud og pasientens egentlige behov, og i denne sammenheng at psykisk helse ikke er en prioritert del av behandling (Solvang & Slettebø, 2012, s.102-103). Pasienter har behov for at både fysisk og psykisk funksjon blir kartlagt og dette sammen med tiltak og riktige omgivelser bidrar til god prognose.

Ved poliklinisk oppfølging blir pasienten kun henvist til spesialisthelsetjenesten om de har store fysiske eller psykiske utfall. Dette kan føre til at mange faller gjennom i hjelpeapparatet grunnet at de ikke er i tilstrekkelig dårlig form til å få tilbud om videre oppfølging, selv om hverdagen fortsatt oppleves krevende.

Resultatene og offentlige utredninger peker på et tydelig behov for bedre tilbud relatert til psykisk helse for pasienter i slagrehabilitering. Det er beskrevet i nasjonale retningslinjer for aktivitet og deltagelse etter hjerneslag at ergoterapeut skal bistå med opptrening av sensomotoriske og kognitive funksjoner (Helsedirektoratet, 2017, s.299-300). Ergoterapeuten skal bidra til å støtte opp under aktivitet som gir økt

selvstendighet for pasienten. Ergoterapeuten kan gi konkret rådgivning til både pasient og pårørende for å styrke ferdigheter i PADL og IADL (Helsedirektoratet, 2017, s. 299-300). Ergoterapeuter har en viktig stemme i samarbeid med andre yrkesgrupper for å styrke og skape gode tilbud innenfor psykisk helse og arbeid med slagpasienter.

5.1.2 Behovet for et endret rehabiliteringsforløp

Resultatene beskriver informantenes pasienter som personer i alvorlig krise. Pasientene gir uttrykk for psykiske plager noe som er helt normalt i en krisesituasjon. Informantene viser til at det legges mest vekt på fysisk funksjon i rehabilitering av slagpasienter. Det vurderes på bakgrunn av lovverk, litteratur og intervjuer at det er et mangelfullt tilbud i behandling av slagpasienter i senfaserehabilitering og poliklinikk. På den ene siden er det svært viktig å gjenerverve fysisk funksjon for å mestre hverdagen og oppnå mest mulig selvstendighet etter hjerneslaget. På den andre siden er det viktig å opprettholde god psykisk helse i et rehabiliteringsforløp. Det tverrfaglige samarbeidet bør sørge for at riktige tiltak kommer til riktig tid. Slagpasienter trenger helsepersonell fra flere fagfelt.

Forskning viser at pasienter som ikke får avdekket psykiske vansker i rehabilitering kan få nedsatt livskvalitet som et resultat av manglende aktivitetsdeltagelse (Terrill et al., 2018, s.1). Her pekes det på viktigheten av å inkludere psykisk helse for å styrke fysisk aktivitet i rehabiliteringsprosessen. Det kommer frem i intervjuet med ansatt i poliklinikk at det ikke er tydelig hvem som skal ha ansvar for psykisk helse i behandlingen av slagpasienten.

For å redegjøre for hva et godt behandlingstilbud skal inneholde kan man relatere til faglitteratur og at det her presiseres at rehabilitering skal innebære individuell tilpasning og baseres seg på at alle kroppslige funksjoner blir ivaretatt (Normann et al., 2006, s.32). Spesifikk oppfølging avhenger av at det er synergi mellom pasient, behandler og helsevesenet. Det er kun mulig ved et godt tverrfaglig og administrativt samarbeid (Normann et al., 2006, s.32). Forskningslitteraturen og informantene, i poliklinisk oppfølging og senfaserehabilitering, belyser problemstillingen. Forskningslitteratur viser til den samme tøffe overgangen for pasienter ved utskrivelse som beskrevet av informanten ved poliklinikken (Arntzen, 2015, s.30). Her beskrives

det at mange slagpasienter opplever det som en krevende situasjon å gå fra behandlingsapparatet i rehabilitering og til hjemmesituasjon (Arntzen, 2015, s.30). I likhet med utsagnene fra informant ved poliklinikk og senfaserehabilitering så vises det til at de kognitive, emosjonelle og relasjonelle påkjenningene blir svært fremtredende når pasientene trer inn i hverdagen igjen (Arntzen, 2015, s.32).

Den tunge overgangen hjerneslagpasienter opplever fra rehabilitering til hjemmesituasjon kan avhjelpes med støtte i lovverk. Pasient- og brukerrettighetsloven §1-1.Formål (Pasient- og brukerrettighetsloven,1999, §1-1), og definisjonene knyttet til dette i §1-3.Definisjoner (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3), gir lovpålagt helsehjelp som bidrar med behandling som er forebyggende, diagnostiserende og rehabiliterende.

Pasient- og brukerrettighetsloven kan tolkes som at det skal tilbys et helhetlig rehabiliteringstilbud for å ivareta pasienten noe som inkluderer behandling og forebygging av både psykisk og fysisk helseutfordring. Et helhetlig rehabiliteringsforløp innebærer at pasienten skal delta i samfunnet på lik linje med andre, og med de samme rettighetene (Normann et al., 2006, s.41).

Det er hensiktsmessig å introdusere GAP-modellen når vi ser behovet for et endret rehabiliteringsforløp på bakgrunn av psykiske utfordringer hos pasienter (Solvang & Slettebø, 2012, s.87). I «Gapet» mellom behov og rehabiliteringsforløpet kan ergoterapeuten med helhetlig perspektiv kartlegge både psykisk og fysisk helse (Kristensen & Nielsen, 2013, s.117). Ergoterapeuten har blick for hele mennesket og mestringsbehovene til den enkelte slagpasient (Kristensen & Nielsen, 2013, s.117).

5.1.3 Ansattes tolkning av pasientenes psykiske helse i slagrehabilitering

Informantene oppfatter pasientenes psykiske påkjenninger som mest fremtredende når pasientene har kommet hjem fra senfaserehabilitering og møter hverdagen med nye roller og aktivitetsutfordringer. På poliklinikken kommer det fram at over halvparten av pasientene uttrykker oppståtte symptomer som tegn til depresjon etter hjerneslaget.

Halvparten av deltakerne i en undersøkelse viser redusert livskvalitet og psykisk helse etter gjennomgått hjerneslag og avsluttet rehabilitering (Bergersen et al., 2010, s.367). Studien viser også at en tredjedel av deltakerne i studien preges av angstproblematikk og en fjerdedel opplever depresjon som følge av slaget (Bergersen et al., 2010, s.367). Når det gjelder psykisk uhelse hos slagpasienter kan det tolkes som om at det kan være en sammenheng mellom pasienten sine forventninger til seg selv, rehabiliteringsforløpet og omgivelsene etter hjerneslaget. Resultatene og faglitteraturen beskriver pasientene i en fase der livet oppfattes som en krisesituasjon og at det foreligger et godt grunnlag for tett oppfølging av psykisk helse på bakgrunn av dette.

For å styrke psykisk helse i rehabiliteringssammenheng kan det være aktuelt å introdusere salutogenese som verktøy i samtaler med pasienter. Dette kan f.eks. innebære å introdusere «livets elv», som kan motivere pasientene til å se egne egenskaper og sitt potensiale for bedring, samt hjelpe pasientene med å sette seg konkrete mål og oppnå mestring (Langeland & Vaardal, 2014, s.53).

Salutogenesetilnærming er et av mange verktøy kan være relevant i oppfølging av pasientens krise etter hjerneslag (Langeland & Vaardal, 2014, s.54). I denne sammenhengen nevnes ikke andre vesentlige verktøy som kan være anvendelige som intervensjoner for å bedre slagpasientens psykiske helse. Det å være proaktiv og søkende i tverrfaglig samarbeid slik at vi bidrar inn for å avhjelpe psykisk uhelse hos slagpasienter er svært viktig og fullt mulig.

Informantene viser til pasientenes vansker når det gjelder deltagelse i aktivitet og dette forårsaker redusert psykisk helse. For å bidra til bedret psykisk helse kan det være behov for innsats fra ergoterapeut som i rehabiliteringssammenheng bidrar med å motivere og sette inn tiltak for at pasienten skal erkjenne og håndtere sine fysiske og psykiske vansker relatert til aktivitet (Kristensen & Nielsen, 2013, s.130). Ved å bistå pasienter med å sette konkrete og oppnåelige aktivitetsmål vil ergoterapeuten sørge for at gjennomføringen av aktivitet resulterer i mestringsfølelse (Kristensen & Nielsen, 2013, s.131). Videre kan ergoterapeuten foreslå fremtidige aktiviteter og vinkle aktiviteter på måter som øker sannsynligheten for suksess ved gjennomføring og hjelpe pasientene som mangler initiativ til å se sitt potensiale (Kristensen & Nielsen, 2013, s.131).

I henhold til de offentlige nasjonale retningslinjene for aktivitet og deltagelse i rehabilitering skal alle pasienter med vansker relatert til aktivitet følges opp av en ergoterapeut som en del av den tverrfaglige kartleggingen (Helsedirektoratet, 2017, s.299). Ergoterapeutens oppgave er å legge til rette for aktivitetsfremmende tiltak, økt selvstendighet og reduksjon i potensiale for dårligere fysisk og psykisk utfall etter gjennomgått hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017, s.299).

Både ifra samfunnets side, helsepersonells side og pasientens side er det ønskelig og behov for et større fokus på psykisk helse i senfaserehabilitering og poliklinisk oppfølging etter pasienter som har gjennomlevd hjerneslag.

5.2 Metodediskusjon

I dette kapittelet vurderes valg av metode og hvordan dette har påvirket resultatene. Her vil det bli beskrevet kritisk tenkning rundt prosessen med å velge metode. Det skal tas høyde for etiske vurderinger av litteratursøk, intervjuer og resultatene knyttet til dette.

I denne sammenhengen vurderes også erfaringer ved bruk av kvalitativ metode for å utforske tema og problemstilling tilknyttet psykisk helse og senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging av hjerneslagpasienter.

Kvalitativ metode bidro til å danne mangfold i datainnsamlingen med tanke på innspill og forskjellige virkelighetsoppfatninger som kommer frem fra informantene (Malterud, 2017, s.31). Ved bruk av kvalitativ metode kan det å få for mange ulike perspektiver og sitte igjen uten noe konkret som besvarer problemstillingen være en fallgrube.

Det er likevel viktig å ta høyde for at de to informantene også kan gi en bestemt innfallsvinkel basert på antallet informanter som er inkludert i denne bacheloroppgaven.

Ved valgt litteratur som støtter problemstilling og med kun to informanter så ender det med en bestemt vinkling som igjen kunne vært helt annerledes ved bruk av annen litteratur og/eller flere informanter. På en annen side kan et høyt antall informanter også føre til at svarene på spørsmål blir for generelle i forhold til problemstilling og tematikk.

I utvalget av informanter ble det tatt i bruk to forskjellige rehabiliteringsavdelinger (døgnavdeling og poliklinikk) for å få innblikk i forskjellige perspektiver. Resultatene fra intervjuundersøkelsene kunne likevel blitt annerledes ved bruk av andre informanter ved andre rehabiliteringsinstitusjoner.

Informantene fikk beskrevet problemstilling, og omfanget av som skulle kartlegges, på forhånd. Dette kunne påvirke informantenes syn på sin rehabiliteringsavdeling og informantene kunne komme til å svare i forhold til hva de tror er riktige svar knyttet til problemstilling, intervjuguide og spørsmål stilt i sammenheng med dette.

Det er viktig å poengtere personlig interesse innenfor psykisk helse og slagrehabilitering, samt erfaringer knyttet til dette gjennom praksis, informasjon fra media og litteratur vil være faktorer som påvirker resultatene i oppgaven.

Allerede før intervjuene var gjennomført hadde det opparbeidet seg tanker og en forhåndsoppfatning av hvordan prosjektet kom til å forme seg. Ved å ha sett for seg hvordan funnene kunne komme til å bli kan det ha vært med på å forme intervjuguide og oppfølgingsspørsmål som retter oppgaven etter den tematikken som var relevant for å svare på problemstillingen.

Dette gjenspeiler seg også i litteratursøket, hvor det konsekvent ble funnet artikler relatert til psykisk uhelse ved hjerneslag. Videre viste det seg at utvalget av litteratur, som var rettet mot problemstillingen, var relativt lite. Dette gjorde mulighetene for

kritisk refleksjon og varierende perspektiver vanskeligere og kanskje mer begrenset enn om mye faglitteratur og studier var tilgjengelig.

Denne bacheloroppgaven har sitt utspring i et opprinnelig samarbeidsprosjekt mellom tre studenter. Gruppen ble oppløst etter at datainnsamling var foretatt. Innsamlet data ble delt i to. Derfra ble innsamlet data brukt av undertegnede og andre halvpart av innsamlet data brukt av to andre studenter. Vi gjennomgikk alle tre en lærerik prosess.

5.3 Relevans for ergoterapeutisk praksis

Denne bacheloroppgaven setter søkelys på behovet for et større fokus rettet mot psykisk helse i slagrehabilitering. Når det gjelder psykisk uhelse i slagrehabilitering har ergoterapeuten en viktig rolle med sitt helhetssyn på mennesket og brede perspektiv på aktivitet og den påvirkningen dette har på psykisk helse. Ved å bistå pasientene gjennom motiverende samtale og tilpassing av aktivitet bidrar ergoterapeuten med å tilrettelegge for et helhetlig rehabiliteringsløp. Opplevelse av meningsfulle aktiviteter og mestring er essensielt i motivasjonsarbeid, trening og tilfriskning. Ergoterapeuten foretar en helhetlig kartlegging av faktorer som påvirker pasientens psykiske helse, samt pasientens opplevelse og livssituasjon for å foreta en helhetlig vurdering av aktivitetspotensialet (Kristensen & Nielsen, 2013, s.117).

Det er gjennomgående i bakgrunn, teori, resultater og egen drøfting at slagpasienters psykiske helse ofte blir satt til side for opparbeiding av bedret fysisk funksjon. I den sammenheng er det muligheter for en endring innenfor helsevesenets kartlegging og oppbygging av rehabiliteringstjenester. Det går fram av Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av slagpasienter at både psykisk og fysisk helse skal følges opp i rehabilitering. Det vurderes aktuelt å vektlegge psykisk helse i større grad i ergoterapiutdanningen for å hjelpe ergoterapeuten til å fremme psykisk helsefokus i rehabiliteringssammenheng i kommende år.

6.0 Konklusjon

Problemstillingen i denne bacheloroppgaven er: *“Hvordan blir psykisk helse ivaretatt i senfaserehabilitering/poliklinisk oppfølging etter hjerneslag?”*

Resultatene viser at det er et ønske fra informantenes side at det blir større fokus på psykisk helse i slagrehabilitering. Dette støttes av teorien i oppgaven. Det er derimot ikke gjort i en håndvending å endre dagens praksis. Resultatene tyder på at det er noen hindringer organisatorisk i hjelpeapparatet som skal bistå slagpasienter i slagrehabilitering. Mye tyder på at pasienter og pårørende må få utstrakt informasjon slik at sjansen for at de bruker poliklinikk, rehabiliteringsinstitusjoner og krever individuell plan som kan koordinere helsetjenestene de har bruk for.

Denne bacheloroppgaven mener jeg kan være til hjelp i tverrfaglige sammenhenger. Oppgaven peker på nødvendigheten av at fagpersoner går foran og hjelper pasienter, som ikke alltid kan tale sin egen sak, frem til helhetlig behandling hvor fokus er både på psykisk og fysisk helse. Denne oppgavens fokus er psykisk helse og kunnskap om at hjelp i forhold til psykisk helseutfordringer kan være mangelfull overfor en stor gruppe pasienter. Ansvar for slagpasienters psykiske helse er tydeliggjort fra helsemyndighetenes side. Det virker rimelig å konkludere med at slagpasienter i dag trenger en bedret oppfølging av psykisk helse i rehabiliteringstilbudet i døgnavdeling og poliklinikk.

7.0 Referanseliste

Vedlegg 1: Vurdering av behandling av personopplysninger

Vedlegg 2: PICO-skjema

Vedlegg 3: Informasjonsbrev

Vedlegg 4: Intervjuguide

Alenljung, M., Ranada, Å.L. & Liedberg, G.M. (2019). Struggling with everyday life after mild stroke with cognitive impairments- The experience of working age women. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(4), 227-234
<https://doi.org/10.1177/0308022618800184>

Andersen, Anders Johan W. (2021, 11.august): psykisk helse. I Store medisinske leksikon på snl.no. https://sml.snl.no/psykisk_helse

Arntzen, C. (2015). Rehabiliteringsforløp etter hjerneslag. *Sykepleien*. 3, 24-34.
https://www.researchgate.net/profile/Cathrine-Arntzen/publication/283714885_Rehabiliteringsforlop_etter_hjerneslag_Hvordan_opplever_personer_med_kognitive_ufordringer_-_etter_hjerneslag_at_helsetjenesten_undersotter_deres_behov_gjennom_hele_rehabiliteringsforlopet/links/5644612708ae9f9c13e4225f/Rehabiliteringsforlop-etter-hjerneslag-Hvordan-opplever-personer-med-kognitive-ufordringer-etter-hjerneslag-at-helsetjenesten-undersotter-deres-behov-gjennom-hele-rehabiliteringsforlopet.pdf

Bergersen, H., Kathrine, F.F., Sunnerhagen, K.S. & Schanke, A-K. (2010) Anxiety, Depression, and Psychological Well-being 2 to 5 years Poststroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 19 (5), 364-369,
<https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.06.005>

Borge, L. (2014). Faglige perspektiver: Helhetlig psykisk helsearbeid. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (1.utg., 40-41). Fagbokforlaget.

Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5. utg.). SAGE Publications.

- Hansen, H. (2018). Psykisk helse er en utfordring i en samordnet rehabiliteringsprosess. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(2-3), 124-134. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-04>
- Helsedirektoratet. (2017, 27. april 2020). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Cappelen Damm AS.
- Jørgensen, H.S., Beckman, N.H., Celinder, D. & Tronier, S. (2013). Cerebrovaskulære sykdomme/apopleksi. I E.E. Wæhrens, A. Winkel & H.S. Jørgensen (Red), *Neurologi og neurorehabilitering* (2.utg., s.129-140). Munksgaard
- Kristensen, H.K. & Nielsen, G.E. (2013). *Ergoterapi og hjerneskade* (4.utg.). Munksgaard.
- Langeland, E. & Vaardal, J. (2014). Faglige perspektiver: Betydningen av kunnskap om salutogenese for psykisk helsearbeid. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (1.utg.,53-54). Fagbokforlaget.
- Lerø, Anne. (2020, 29.juli). poliklinisk. I Store medisinske leksikon på snl.no. <https://sml.snl.no/poliklinisk>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative Forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>

- Normann, T., Sandvin, J.T. & Thommesen, H. (2006). *Om rehabilitering* (3.utg) Kommuneforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Solvang, K.P & Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering* (1.utg). Gyldendal akademisk.
- Peoples, H., Brandt, Å., & Pedersen, U. (2019) Introduktion til ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.) *Basisbog i ergoterapi* (4.utg, s.25-31). Munksgaard.
- St. Olavs hospital HF. (2021) Hjerneslag i Norge 2021: *Rapport for pasienter og pårørende* (Årsrapport for hjerneslagregister 2021). Norsk hjerneslagregister. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-07/Pasientrapport%202021.pdf>
- Sverdrup, S. (2021) *Bachelor-masteroppgaver i sosial- og helsefag: Råd og vink. Skritt for skritt*. (1.utg). Cappelen Damm
- Sunnaas Sykehus. (U.å) *Hjerneslake- mestring av kognitive følger virkninger- gruppeopphold*. Hentet 28.mars 2023 fra <https://www.sunnaas.no/behandlinger/hjerneslake-senfaserehabilitering>
- Taylor, R. R. & Kielhofner, G. (2019). Introduktion til modellen for menneskelig aktivitet. I R.R. Taylor (Red.), *MOHO Kielhofners model for menneskelig aktivitet* (3. utg., s. 19- 28). Munksgaard.
- Terrill, A.L, Schwartz,J.K & Belagaje, S.R. (2018). Best Practices for The Interdisciplinary Rehabilitation Team: A Review of Mental Health Issues in Mild Stroke Survivors. *Stroke Research and Treatment*, 18 artikkel 6187328. <https://doi.org/10.1155/2018/6187328>
- Thomassen, Lars. (2022, 20.oktober) hjerneslag. I Store medisinske leksikon på snl.no. <https://sml.snl.no/hjerneslag>

Underland, V. (2014, 09.september). *Ergoterapi kan gjøre slagrammede mer selvhjulpne*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/eldre/ergoterapi-kan-gjore-slagrammede-mer-selvhjulpne/>

Virginia Braun & Victoria Clarke (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101, <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Wæhrens, E.E.(2013). Den ergoterapeutiske undersøgelse. I E.E. Wæhrens, A, Winkel & H.S. Jørgensen (Red), *Neurologi og neurorehabilitering* (2.utg., s.374-384). Munksgaard

