



«Hvordan kan sykepleier bidra til at yngre slagpasienter opplever mestring under sykehusoppholdet og på denne måten bidra til raskere fysisk og psykisk rehabilitering?»

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 140

Antall ord: 9985

Dato: 11.03.16

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diaconova.no/ny-forside/hovskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunn	3
1.2	Problemstilling og hensikt	3
1.3	Avgrensninger	3
1.4	Begrepsavklaringer?	4
1.5	Presentasjon av case	5
1.6	Oppgavens videre oppbygning	5
2	Metode.....	6
2.1	Databaser og litteratursøk.....	6
2.2	Kildekritikk.....	7
3	Resultater/ teori	10
3.1	Hjerneslag.....	10
3.2	Å leve med hjerneslag	11
3.3	Rehabilitering	13
3.4	Hverdagsrehabilitering	14
3.5	Fysisk aktivitet og kosthold.....	16
3.6	Håp og mestring gjennom kommunikasjon.....	16
3.7	Lovverk og yrkesetiske retningslinjer	18
4	Diskusjon / drøfting.....	20
4.1	Informasjon og kommunikasjon	20
4.2	Individuell plan.....	24
4.3	Effekten av god rehabilitering og hverdagsrehabilitering etter sykehusopphold	25
5	Konklusjon	28
	Litteraturliste	29

1 Innledning

I dette kapitlet skriver jeg litt om bakgrunnen for valg av tema, presentasjon av problemstilling og oppgavens hensikt. Videre kommer oppgavens avgrensninger, begrepsavklaringer og tilslutt oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn

Hvert år rammes cirka 15 000 mennesker i Norge av hjerneslag (Helsedirektoratet 2010). Mine erfaringer i samhandlingspraksis med yngre slagpasienter tilsier er at det er gode rutiner og tiltak ved innkomst, utredning og behandling på sykehuset, men at den videre oppfølgingen etter utskrivelsen fremstår mangelfull. Den yngre pasientgruppen fortalte selv at de savnet den gode oppfølgingen etter rehabiliteringen og at mange hadde vansker med å mestre hverdagen i etterkant.

En annen grunn til interesse for dette temaet er fordi en i nær relasjon sin opplevelse av å bli rammet av hjerneblødning. Hun fikk hjerneblødning i 2006 og har hatt problemer med både depresjon, opplevelse av å bli raskere sliten og nedsatt hukommelse. Vedkommende følte ivaretagelse på sykehuset av sykepleierne, og det ble gitt kontinuerlig informasjon, men på bakgrunn av nedsatt hukommelse husker hun svært lite av selve informasjonen som ble gitt. Det var også dårlig oppfølging for henne etter rehabiliteringsforløpet.

Under samhandlingspraksisen min fikk jeg erfare at unge slagpasienter ikke fikk den nødvendige hjelpen de hadde behov for. Mine erfaringer fra både privat og i sykepleie praksis er at mange hadde vansker med å mestre hverdagen i etterkant.

1.2 Problemstilling og hensikt

Problemstillingen er «Hvordan kan sykepleier bidra til at yngre slagpasienter opplever mestring under sykehusoppholdet og på denne måten bidra til raskere fysisk og psykisk rehabilitering?» Hensikten med denne oppgaven blir å kunne drøfte hva sykepleier kan gjøre tidlig i sykdomsforløpet slik at pasienten kan møte og mestre hverdagen på den måten som de selv ønsker.

1.3 Avgrensninger

Jeg vil fremlegge et case i neste delkapittel for å kunne svare så konkret som mulig på problemstillingen i kapittel 4. I casen vil jeg virke som en ferdig utdannet sykepleier på slagenheten på sykehuset. Jeg har med litt om viktigheten av tverrfaglig samhandling under rehabiliteringen av slagpasienter, men velger ikke å fokusere på andre helsepersonell sine oppgaver da denne oppgaven skal ha et klart sykepleiefokus. Jeg vil fokusere på hvordan jeg som sykepleier kan møte yngre pasienter på slagenheten på en god måte, hvilke faktorer som er viktig at pasienten tar med seg videre etter utskrivelse fra sykehuset og viktigheten av rehabilitering og hverdagsrehabilitering. Yngre pasienter refereres til aldersgruppen 18-49 år.

Jeg har med litt om senkomplikasjoner som følge av hjerneslag, men velger ikke utdype alle. Har valgt og ikke ha med noe om medikamentell behandling. I oppgaven omtaler jeg «*pasient*» når en er innlagt på sykehus, og «*bruker*» som en som er hjemmeboende og behøver bistand. Pasienten er hovedfokuset i oppgaven, men jeg velger også å trekke inn pårørende som kan anses som en svært viktig ressurs for at pasienter og brukere skal mestre sykdom eller lidelse. Pårørende har en annen relasjon til pasienten enn det sykepleieren har og kan bidra til at man får innhentet sekundær informasjon om pasient og bruker. For at pårørende kan brukes som en ressurs må de føle at de blir inkludert ved at de har mulighet til å dele sine erfaringer og opplevelser med helsepersonellet (Helsedirektoratet, 2008).

1.4 Begrepsavklaringer?

Hjerneslag (apoplexia cerebri) defineres: «... *plutselig tap av en eller flere hjernefunksjoner som følge av hjerneinfarkt, hjerneblødning eller blødning under spindelnevshinnen(subaraknoidalblødning).*» (Bertelsen, B.I., 2011. s., 233).

Depresjon er en psykisk stemningslidelse som kan være preget av bl.a. tap av glede og interesser, redusert selvfølelse og selvtillit, søvnforstyrrelser og følelse av verdiløshet. (Snoek, J.E. & Engedal, K., 2008).

Mestring defineres av Olsson og Vågan som «... *mestring handler om at den enkelte person endrer forestillinger, følelser og atferd på en måte som gjenoppretter mening og sammenheng i livet, som bidrar til å bearbeide følelsesmessige reaksjoner, problemløsning og forbedret livssituasjon.*» (Olsson, A.B.S. & Vågan, A., 2015, s.1). Hvordan vi takler mestring, ifølge Fagermoen og Lerdal, kommer det an på miljøet rundt oss, hvilke ressurser vi har tilgang til og hvordan man blir møtt av helsepersonell (gjengitt etter Olsson et al., 2015, s. 2).

Joyce Travelbee definerer håp som: «*Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige.*» (Travelbee, J., 1999, s. 117).

Jeg vil presentere flere begreper mer utdypende i teksten.

1.5 Presentasjon av case

Amalie er en 45 år gammel kvinne som har opplevd et hjerneslag for første gang. Hun er gift og jobber på et kontor i nærheten av der hun bor. Hun fikk akutt behandling for hjerneslag og ble innlagt på slagenheten. Amalie røyker ca. 10 sigaretter om dagen og er ikke glad i å trene. Hun har redusert muskelkraft i venstre ben og arm. Handlingen i casen skjer på slagenheten.

Jeg kom inn til rommet hvor Amalie bor klokka 09:00. Det hadde nå gått to døgn siden hun ble rammet av hjerneslaget. Jeg satt meg på sengekanten og spurte Amalie hvordan hun hadde det og om hun hadde fått vært ute av sengen i dag. Amalie virket trøtt, sliten og motløs og hun sa hun gruet seg til å reise seg opp for å gå, fordi hun da måtte bruke en rullator. Siden hun trengte støtte fra rullator og en sykepleier følte hun som det var som hun måtte lære seg å gå på nytt. Vi gikk inn på badet for å stelle Amalie. Hun er glad i å være velstelt og se bra ut, men hun klarte ikke å stelle seg uten bistand. Hun fortalte meg at hun grudde seg til å komme hjem igjen. Hennes hverdag var svært usikker og skremmende for henne, fordi hun følte hun ikke mestret aktiviteter som før pleide å være selvskrevende. Hun følte et ansvar ovenfor ektemannen og jobben sin, og ønsket å bli frisk så fort som mulig. Senere på dagen kom ektemannen hennes på besøk. De snakket om hvordan Amalie hadde det, men hun virket som om hun holdt følelser og tanker tilbake. Etter at ektemannen hadde gått spurte jeg Amalie om det var godt å se mannen sin. Hun svarte at hun satt pris på besøket, men at det var vanskelig for henne og vise seg i den tilstanden hun var i.

1.6 Oppgavens videre oppbygning

I neste kapittel vil jeg presentere metode, hvilke databaser jeg har brukt, hvilke litteratursøk jeg har gjort og kildekritikk. Kapittel 3 er teoridelen hvor jeg vil presentere litteratur, forskning og teori som er anvendt. I kapittel 4 vil jeg drøfte funnene, teorien og mine synspunkter opp mot hverandre for å kunne svare på problemstillingen. Tilslutt har jeg med en avsluttende konklusjon.

2 Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie som tilsier at man kan anvende og sammenligne allerede eksisterende litteratur. I dette kapittelet vil jeg vise hvilke databaser og litteratursøk jeg har gjort for å finne relevant forskning. Jeg vil ta for meg kildekritikk tilslutt.

2.1 Databaser og litteratursøk

For å finne forskning til oppgaven valgte jeg SweMed+ og Pubmed.

I SweMed+ brukte jeg kombinasjon av søkeordene «rehabilitering etter hjerneslag» og krysset av for peer reviewed. Da fikk jeg 18 treff hvor jeg fant to relevante artikler. Artiklene jeg valgte var «*Rehabiliteringsforløp etter hjerneslag*» av Arntzen og Hamran (2015) og «*Frustrerad-En beskrivning av yngre strokepatienters opplevelser och behov*» av Röding, Öhman, Malm og Lindström (2007). Jeg valgte disse artiklene fordi jeg mener de er relevante for min problemstilling. Den første tar for seg pasientenes opplevelser av rehabilitering etter et hjerneslag og den andre beskriver den yngre pasientgruppens opplevelser og behov etter et hjerneslag. Neste søk jeg brukte var «depresjon hjerneslag» som ga 20 treff hvor jeg fant en relevant artikkel, «*Å leve med depresjon etter hjerneslag*» av Kouwenhoven og Kirkevold (2013). Den er relevant for min oppgave siden den beskriver at slagpasienter kan oppleve depresjon som følge av tap av livskvalitet etter et hjerneslag. Det kan fremheve viktigheten av mestring blant slagpasienter. Ved å søke «yngre, hjerneslag» fikk jeg fire treff, men der fant jeg kun en relevant forskning som jeg allerede hadde funnet. Jeg brukte også søkeordet «hverdagsrehabilitering» og krysset av for peer reviewed, men søket ga ingen treff.

I Pubmed brukte jeg søkeord som «strokesurvivors» og kombinasjon av «stroke, rehabilitation», men dette ga for mye treff til å kunne finne relevante artikler. Ved å søke «strokesurvivors home rehabilitation» og krysse av for relevans først fikk jeg 379 treff. Jeg gikk gjennom de tre første artiklene og valgte ut en som jeg anså som mest relevant til min oppgave. «*Striving for a life worth living: stroke survivor's experiences of home rehabilitation*» er skrevet av Taule, Strand, Skouen og Råheim (2015). Artikkelen tar for seg hvordan slagpasienter opplever rehabilitering i hjemmet.

Jeg brukte også sykepleien.no. Jeg søkte med søkeordene «hjerneslag, yngre», «hjerneslag, rehabilitering» og «hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring», men det var enten lite

fagfelleurdert forskning eller ingen forskning i det hele tatt. Derimot fant jeg relevante fagartikler som jeg mener kan være hjelpelig for å svare godt på problemstillingen.

2.2 Kildekritikk

I dette avsnittet vil jeg rette søkelyset mot de tre mest brukte forskningene jeg har anvendt i oppgaven. Den ene kilden er en artikkel som er skrevet av Arntzen og Hamran (2015), den andre er skrevet av Kouwenhoven og Kirkevold (2013) og den tredje er skrevet av Röding, Öhman, Malm og Lindström (2007). Alle artiklene er fagfelleurdert.

I artikkelen til Arntzen og Hamran (2015) er det undersøkt hvordan pasienter med kognitive utfordringer etter et hjerneslag opplever rehabiliteringen og om deres behov blir tilrettelagt. Hensikten med studien var å undersøke hvilke rehabiliteringsbehov den enkelte har etter et hjerneslag og om tjenestetilbudet støttet behovene. Metoden er en retrospektiv kvalitativ metode med dybdeintervju av ni personer i alderen mellom 39-72 år, som har hatt sine kognitive utfordringer i minst 1 år. Jeg valgte denne artikkelen fordi jeg mener den er relevant for å kunne få innblikk i hvordan slagpasienter opplever rehabilitering. En av svakhetene ved studien frem speiles i et relativt lite utvalg av deltakere, og at funnene ikke kan generaliseres til den generelle populasjonen. Deltakerutvalget i denne studien kan karakteriseres som både yngre og eldre pasienter, men med overflod av den eldre aldersgruppen. Det kan være vanskelig å vite hvilke faktorer som er overførbare til pasientgruppen som refereres til denne oppgaven. Dog det som veier positivt er at studien er utført i Norge og resultatene har en overføringsverdi til den generelle nordmann. Studien er fra 2015, noe jeg ser på som positivt for oppgaven da det er oppdatert forskningsbasert kunnskap.

I artikkelen til Kouwenhoven og Kirkevold (2013) var hensikten med studien å følge forløpet for utvikling av depresjon etter hjerneslag fra akutfase til 18 måneder etter slaget. Metoden de brukte var longitudinelt intervjuform. De intervjuet ni deprimerte slagrammede, som fremstår som lite representativt utvalg. Kriteriene for utvalget var blant annet at pasientene skulle være over 18 år, rammet av hjerneslag for første gang, kognitivt mottakelige til gjennomføring av intervjuet og ikke ha gått på blant annet antidepressiva medikamenter tidligere. I studien fremgår utvalget som overrepresentert av kvinner som kan føre til vanskeligheter med å generalisere funnene over til det mannlige kjønn. Fordelen ved valg av longitudinelt intervjuform er at informasjonen har en høyere validitet sammenlignet med studier som varer over en kortere periode. Ved valg av dette designet gir det pasientene

mulighet til lengre prosesseringstid i forhold til besvarelse, misforståelser kan avklares underveis og pasienten blir observert over en lengre periode som er med på å styrke validitet. Videre har også begge forfatterne av artikkelen sykepleiefaglig bakgrunn, som er med på å styrke det faglige innholdet.

I artikkelen til Röding, Öhman, Malm og Lindström (2007) som var gjort i Sverige tar forfatterne også her for seg hvordan de yngre pasientene oppfatter rehabiliteringsforløpet og tiden etter et hjerneslag. Metoden var en kvalitativ studie hvor deltakerne ble intervjuet. Det var to kvinner og tre menn i alderen 37-52 år, og det skulle ha gått minst ett år etter hjerneslaget. Noen av svakhetene med denne studien kommer frem ved at det er for få deltakere til å kunne sette resultatene gjeldene til den generelle populasjon. En annen svakhet er at studien er gjort i Sverige som gjør det vanskelig å overføre resultatene til den generelle nordmann. Fordelen med studien er at deltakerne er av den yngre pasientgruppen, som kan være til hjelp ved å få frem aktuelle opplevelser og erfaringer av rehabilitering siden oppgaven min omhandler nettopp denne pasientgruppen.

Det var en utfordring å finne relevant forskning som omhandlet yngre slagpasienter da det virker som det er lite forsket på. Det er også særdeles lite forskning om effekten av hverdagsrehabilitering i Norge (Færevaa et al., 2012). Det finnes forskning fra Sverige og Danmark, men jeg har ikke lyktes i få tak i disse.

For å kunne fremheve hvordan det er å være pårørende har jeg brukt noe av helsedirektoratets veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Selv om denne veiledningen omhandler psykisk helsevern mener jeg den er relevant for pårørende til pasienter med somatisk sykdom, da jeg mener det er like opplevelser og behov for alle som opplever å være pårørende.

Jeg har brukt «*Etikk og kommunikasjon*» av Grasaas, K.K., Sjursen, M. & Stordalen, J. (2009). Det finnes en nyere utgave fra 2014, men jeg lyktes ikke å finne ledige eksemplarer. Dog mener jeg at innholdet i utgaven fra 2009 fortsatt er dagsaktuelt.

Boken «*Klinikk, kommunikasjon, informasjon*» av Thornquist er fra 1998 så den kan mulig anses som utdatert, men jeg fant denne boken relevant da forfatteren har flere like synspunkter på kommunikasjon, informasjon og relasjonsbygging som Travelbee (1999) har.

Jeg har med en avisartikkel, som et innspill for å kunne videreformidle to yngre slagpasienter sitt budskap om sin opplevelse av oppfølgingen etter å ha blitt rammet av hjerneslag. Jeg mener det forsterker budskapet om at yngre slagpasienter ikke får god nok oppfølging.

Jeg har brukt nettsider som Lovdata, Regjeringen, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Norsk sykepleierforbund. Jeg anser disse som pålitelige kilder da sidene oppdateres av fagkyndige.

Forskningen, faglitteraturen, teorier og andre artikler vil jeg presentere mer utfyllende under teoridelen.

3 Resultater/ teori

I dette kapittelet vil jeg først presentere generell kunnskap om hjerneslag. Deretter har jeg med hvordan yngre slagpasienter kan oppleve hverdagen etter et hjerneslag, hvordan rehabilitering oppleves av slagpasienter, hverdagsrehabilitering og fysisk aktivitet og kosthold. Videre har jeg med hvordan det å ha god kommunikasjon og dialog med pasient og pårørende kan styrke håp og mestring hos pasienten. Tilslutt presenteres lovverk og yrkesetiske retningslinjer.

3.1 Hjerneslag

I Norge regnes hjerneslag som den tredje hyppigste dødsårsaken og er en av de vanligste årsakene til alvorlig funksjonshemming. Videre er hjerneslag en stor belastning for både den som blir rammet, pårørende, helsevesenet og samfunnet vårt (Helsedirektoratet, 2010).

Hjerneslag skyldes ca. 80% infarkter og 15% blødninger (Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O., 2009). Årsaken til hjerneslag skyldes som oftest at en eller flere blodårer i hjernen tilstoppes (infarkt) og hindrer dermed tilstrekkelig blodtilførsel til hjernen. Ved hjerneblødning vil det oppstå en spontan blødning fra en blodåre i hjernen, som kan oppstå som følge av svekket karvegg. Dette er en svært alvorlig situasjon med 80% dødelighet og pasienter som overlever vil få nedsatte hjernefunksjoner. Tilstanden skyldes som oftest for høyt blodtrykk (Bertelsen, 2011) og ifølge Folkehelseinstituttet (2012) vil forekomsten av hjerneslag reduseres om blodtrykket er lavere.

Det er flere symptomer og tegn på hjerneslag. Vanlige symptomer er parese eller paralyse (nedsatt eller opphevet muskelkraft) i armer og ben, hodepine (oftest ved hjerneblødning), dysartri (dårlig uttalelse) og dysfagi (svelgevansker). Man kan også oppleve lammelse i en av kroppshalvdelene (Jacobsen et al., 2009).

Er det mistanke om hjerneslag må pasienten undersøkes så fort som mulig (Jacobsen et al., 2009). Nervecellene i hjernen vil begynne å dø ut om de ikke får tilstrekkelig oksygen innen fem til sju minutter (Bertelsen, 2011). Her gjelder det å være raskt ute med å kartlegge om pasienten har fått et infarkt eller en blødning, siden de har forskjellig behandlingsforløp. Det kan brukes en computertomografi (CT), for å kunne skille mellom dette. Er det påvist et infarkt er noen av behandlingene å gi intravenøs trombolytisk behandling (Actilyse), som løser opp tilstoppingen eller ved å bruke et kateter, som går via lysken og opp til hjernen for å

dra ut tilstoppingen (trombektomi). Siden det er stor blødningsfare med benevnte behandlingene er det viktig å utelukke hjerneblødning før behandlingen starter. Ved hjerneblødning kan det være aktuelt med operasjon for å kunne fjerne blodet, og for å kunne stoppe blødningen (Jacobsen et al., 2009).

Ved en vellykket behandling er dagene i etterkant vedvarende kritiske. Målinger som blodtrykk og temperatur må kontrolleres kontinuerlig for å utelukke infeksjoner eller tilbakefall. Medikamentell behandling vil også være aktuelt for å hindre nye episoder med hjerneslag (Jacobsen et al., 2009).

3.2 Å leve med hjerneslag

Det er ulike senkomplikasjoner etter et hjerneslag (Grimsby, G., Willén, C., Engardt, M. & Sunnerhagen, K.S., 2009) og depresjon kan være en av de. I forskningsartikkelen til Siren E. Kouwenhoven og Marit Kirkevold (2013) mener de at man i for liten grad har sett på hvordan det er for pasientene å leve med depresjon etter et hjerneslag. Utgangspunktet var å finne ut om depresjonen var en fysiologisk årsak til hjerneslag, eller i forbindelse med tap av livskvalitet. Deres konklusjon var at depresjonen kunne være en sorgreaksjon, som følge av ny livssituasjon. En av gruppene som fremstod som mest belastet var den yngre pasientgruppen på grunn av deres ansvar for blant annet familien, jobb og økonomien (Kouwenhoven, S.E. & Kirkevold, M., 2013).

Ifølge Snoek og Engedal er depressive reaksjoner på tap tidsbegrenset. De mener også at depressive symptomer blant annet kan være en reaksjon på grunn av tilpasningsforstyrrelser. Hvis en persons tilværelse blir preget av store belastende forandringer vil det bli vanskeligere å utføre og håndtere daglige rutiner og opprettholde sosial funksjon. Depresjon er en stemningslidelse som kan være svært vanskelig for utenforstående å skille fra en stemningslidelse og humørsvingninger (Snoek, J. E. & Engedal, K., 2008).

En annen undersøkelse fra Rehabiliteringsenheten i Helse Fonna viser at redusert hukommelse, dårligere fysisk form og nedsatt orienteringsevne oppleves av flere pasienter med blant annet hjerneslag. De intervjuet og fulgte 42 pasienter med blant annet hjerneslag, som var over 18 år i perioden 1998-2003. I metoden brukte de ICF som er WHO's klassifiseringssystem av funksjon, funksjonshemming og helse. Spørsmålene de stilte var blant annet innenfor pasientenes fysiske og psykiske tilstand, aktiviteter og sosiale faktorer. Pasientene rapporterte om bl.a. nedsatt hukommelse, søvnproblemer, redusert

orienteringsevne og energi. Flere opplevde det å komme ut i arbeidslivet igjen og opprettholde sitt sosiale nettverk, som krevende på grunn av deres nye livssituasjon (Røthing, M. & Vikse, K.O., 2009).

To yngre slagpasienter ble intervjuet av Journalen.hioa. om sin opplevelse av å være rammet av hjerneslag. De følte de ikke hadde fått den nødvendige hjelpen og oppfølgingen de behøvde. De opplevde senkomplikasjoner og følte seg isolert fra omverdenen. Grethe Lunde (43) fikk slag på sin 22-årsdag og Kjetil Gaarder (48) fikk slag i 1999. De fortalte at de selv måtte ta kontakt med kommunen etter rehabiliteringen, men problemet var at de ikke visste hvor eller hvem de skulle henvende seg til. Lunde forteller at miljøet rundt slagrammede er svært viktig. Hun mener det er viktig å finne støtte i andre slagrammede, og ikke bare gjennom familie og venner (Davidsen, A., 2015). I loven om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-3 står det at kommunen skal igangsette velferds- og aktivitetstiltak til de trengende. De skal blant annet fremme helse og unngå sosiale problemer ved informasjon, råd og veiledning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Sykepleiere kan møte pasienter med ulike sykdommer og problematikk. Det er derfor nødvendig å kartlegge behovene og planer videre individuelt (Dahl, K. & Skaug, E. A., 2011). I loven om pasient- og brukerrettigheter § 2-5 er det skrevet at alle pasienter og brukere som trenger langsiktig helse- og omsorgstjenester og oppfølging videre har rett til å få utarbeidet en individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). God dokumentasjon er ikke bare gunstig, men også en plikt. I loven om helsepersonell § 39 står det at den som yter helsehjelp skal dokumentere opplysninger for hver enkelt pasient (Helsepersonelloven, 1999).

Dokumentasjon kan bidra til blant annet pasientens sikkerhet, kvalitet og kontinuitet i tilbudet og bedre samhandling mellom helsepersonell, pasienter og pårørende (Dahl et al., 2011). I Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag står det at sluttrapporten bør inneholde blant annet årsaken til hjerneslag, funksjonsnivå ved utreise og planene for den videre oppfølgingen. Hvis sluttrapporten inneholder relevant informasjon blir det enklere for alle tjenesteyterne i helse- og omsorgstjenesten å gi god oppfølging til pasienten (Helsedirektoratet, 2010).

En måte å dokumentere på kan være en prosess som består av fem ledd. Den kan inneholde datasamling hvor man henter inn nødvendig informasjon, pasientens behov, mål, tiltak og tilslutt evalueringen hvor man får sett om det har gitt resultater. Datasamling er både en kilde til å videreformidle informasjon om pasienten og for å kartlegge pasientens behov slik at man kan jobbe frem mot målsetningene. Opplysningene skal være fagrelevante, situasjonsaktuelle

og inneholde pasientens faktiske opplevelser av situasjonen. Neste fase etter datasamling vil være å kartlegge pasientens videre behov. Noen pasienter vil oppleve større behov enn andre og oppfatte dette som et problem i livet. For at pasienten skal mestre situasjonen sin er det viktig at sykepleier møter pasienten på en god måte og ivaretar de grunnleggende behov. For å ivareta de grunnleggende behovene kan man utforme sykepleiediagnoser. Disse vil ikke direkte inneholde behandling av selve sykdommen, men rette seg mer mot pasientens reaksjoner og opplevelser av sykdommen. Når diagnosene er satt vil det settes mål for behandlingen. Mål er noe pasienten ønsker å oppnå personlig med hensyn til ulike ønsker, verdier og tilgjengelige ressurser. Målene skal være oppnåelige og virke motiveringsfremmende. Sykepleier skal bistå pasienten til å nå sine mål ved hjelp av sin kompetanse og i samsvar med pasientens ressurser. Handlingene som blir utført skal informeres til pasienten. Evaluering av hvordan mål og tiltak har blitt gjennomført kan være til hjelp for å fremme innsikt i effekten som pleien har gitt. Vi får oversikt over om prosessen har gitt de ønskelige resultatene og om det er behov for endringer (Dahl et al., 2011).

3.3 Rehabilitering

«Rehabilitering er arbeidet med konsekvenser av sykdom eller skade som har oppstått etter normalutvikling» (Grasaas, K.K., Sjørusen, M. & Stordalen, J., 2009, s.45). Med rehabilitering arbeider man for at pasienten skal komme seg tilbake til hverdagslige aktiviteter ved bistand av tverrfaglighet mellom ulike helsepersonell. Rehabilitering består av mer enn den fysiske delen med fokus på gjenvinning av god fysisk helse. En annen viktig faktor som også spiller inn er å kunne mestre hverdagslige krav som stilles til borgere i samfunnet (les: arbeidsliv, bosted og opprettholde sosialt nettverk) (Grasaas et al., 2009). Under loven om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 gis det uttrykk for at kommunen har ansvar for å gi sosial og psykososial rehabilitering til pasient og bruker som har behov for det (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I forskningsartikkelen til Arntzen og Hamran (2015) var kriteriene at de skulle ha behov for rehabilitering etter mild og moderat hjerneslag og erfaring innen rehabiliteringstjenestene og oppfølgingstiltakene for å kunne intervjues. Eksklusjonskriteriene var blant annet at personene ikke skulle ha omfattende kognitiv svikt slik at de kunne dele informasjon og erfaring, men alle i undersøkelsen hadde kognitive utfordringer. Resultatene Arntzen og Hamran fikk tilsier at deltakerne opplevde rehabiliteringen på sykehus som trygt og de ble godt ivaretatt av det tverrfaglige teamet. De verdsatte denne oppfølgingen siden de følte

manglende kontroll og oversikt over sin situasjonen. Deltakerne beskrev blant annet at personalets kompetanse, organisering og fysiske omgivelser var med på å skape trygghet. Svikten skjedde fra overgangen mellom sykehuset og hjemmet. Deltakerne opplevde dette som en «brå og brutal» overgang fra det og nesten bli fotfulgt i flere måneder av både sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og logopeder til å komme hjem til ingenting. Selv om noen av deltakerne ikke hadde fysiske vansker i etterkant, hadde mange fortsatt kognitive utfordringer som for eksempel det å bli fort sliten eller føle seg ukonsentrert. Mange følte også at pårørende ikke var delaktig under rehabiliteringen. Alle ønsket å komme tilbake til det livet de hadde før hjerneslaget. En av deltakerne savnet samtaler. Selv om rehabiliteringsforløpet fungerte godt på sykehuset var det ingen som hadde hjulpet de med å forstå hvordan det ville bli etter rehabiliteringen. Verken pasient eller pårørende hadde fått informasjon eller veiledning til å takle deres nye hverdagsliv (Arntzen, C. & Hamran, T., 2015).

Deltakerne i Röding et al. (2007) hadde kognitive og fysiske utfordringer og opplevde situasjonen som frustrerende, og hadde en følelse av å være «utenfor og usynlig». Flere opplevde manglende evne til å ta initiativ i hverdagen. Det var vanskelig å ta til seg informasjon, og rehabiliteringen var dårlig tilpasset den gjeldende aldersgruppen. Deltakernes forventinger til forløpet opplevdes som høyere enn det som var tilfellet (Röding, 2007).

3.4 Hverdagsrehabilitering

I en prosjektbeskrivelse om hverdagsrehabilitering defineres hverdagsrehabilitering som en type rehabilitering som foregår i hjemmet. Et spørsmål som er viktig å stille er «hva er viktige aktiviteter for deg nå?» En gruppe med ulike helsepersonell hjelper bruker med å mestre vanlige hverdagsaktiviteter, som har blitt krevende uten bistand. Rehabiliteringsgruppen består av både sykepleier, ergoterapeuter og fysioterapeuter som jobber tverrfaglig for å oppnå at brukeren klarer å oppnå selvstendighet uten bistand. Hensikten med prosjektbeskrivelsen er for å gjøre kommunene oppmerksom og for å gi kunnskap om hverdagsrehabilitering (Hverdagsrehabilitering, 2011).

Samhandlingsreformen og nytt lovverk har resultert til færre liggedøgn på sykehus. Kommunen er da nødt til å utvide og skape nye løsninger med sine helse- og omsorgstjenester (Hverdagsrehabilitering, 2011). Samhandlingsreformen er en reform utarbeidet av helse- og omsorgstjenestene i Norge. Den trådte i kraft 1. januar 2012 i noen kommuner og har spredt

seg gradvis til andre kommuner. Hensikten med denne reformen var at kommunen skulle få mer pengestøtte til å utføre helsetjenester slik at bruker kan få et større tilbud og lettere hjelp der de bor. Tankesettet her er å komme raskere inn for å løse problemer, forebygging istedenfor å reparere, tjenester nærmere tilgjengelig, robuste fagmiljøer hvor flere ledd i helsetjenesten skal samarbeide og la pasient og bruker få bestemme mer selv. Dette kan bidra til bedre behandling og oppfølging. For å få til dette ble det laget et nytt lovverk for helse- og omsorgstjenestene i kommunen, som skal sikre at kommunen må ta mer ansvar og samarbeide med sykehusene (Regjeringen, 2014). I loven om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-1 står det at *«kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte»* og § 3-4 står det at kommunen plikter til å samhandle og samarbeide med nødvendige tjenesteytere (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I en rapport om hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering utført av medlemmer i Norsk sykepleierforbund, Norsk fysioterapeutforbund og Norsk ergoterapeutforbund kommer det fram at norske kommuner behøver et løft ved hjelp av nytenkning innen hverdagsrehabilitering. I Norge er man godt i gang med denne type rehabilitering, men det er svært lite forskning på effekten av dette fra norske kommuner (Færevaag et al., 2012) *«Innføring av hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering vil kreve at kommunene har en god grunnbemanning av ergoterapeuter og fysioterapeuter samt sykepleiere med rehabiliteringskompetanse. Kompetansen bør styrkes på en slik måte at andre tjenester ikke svekkes»* (Færevaag et al., 2012, s.4).

En fagartikkel skrevet av Arvid Birkeland får frem at hverdagsrehabilitering kan bidra til at brukerne får mindre behov for hjelp slik at de mestrer de daglige aktivitetene sine og at helsepersonellet føler de gjør en god jobb ved å hjelpe de på veien. Dette vil spare kommunene for unødvendig tid og penger, men hverdagsrehabilitering vil kun fungere i praksis om det er god tverrfaglig samarbeid og samhandling (Birkeland, A., 2014).

I en forskningsartikkel fra 2014 er det skrevet at ble det undersøkt om slagrammedes opplevelse av rehabilitering i hjemmet og om det var å foretrekke. Dette var også hensikten med studien. Metoden var en kvalitativ studie hvor de intervjuet åtte pasienter i alderen 45-80 år, som hadde nylig vært rammet av mild til moderat hjerneslag og hadde blitt tidlig utskrevet fra sykehuset. Funnene var at kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell og en individuell utformet plan var viktig for deltakerne. Deltakerne opplevde at de fikk emosjonelle reaksjoner og problemer sosialt som følge av hjerneslaget, så de hadde et ønske

om at dette skulle bli tatt hensyn til under rehabiliteringen. Konklusjonen ble at helsepersonellet må jobbe mer for å individualisere rehabiliteringsplanene, fokus på terapeutisk kommunikasjon, de sosiale behovene og for bedre samarbeid mellom alle aktørene slik at slagpasienter får en god effekt og god erfaring av rehabilitering i hjemmet (Taule, T., Strand, L.I., Skouen, J.S. & Råheim, M., 2014).

3.5 Fysisk aktivitet og kosthold

Helsedirektoratet mener at regelmessig fysisk aktivitet gir god helse. Fysisk aktivitet kan bidra til økt velvære, bedre koordinasjonsevne, bedre søvnkvalitet, redusert depresjonssymptomer, økt selvfølelse (Henriksson, J. & Sundberg, C.J., 2009) og primært forebygge hjerneslag ved å senke blodtrykket (Helsedirektoratet, 2010). Etter rehabiliteringstiden anbefales det å starte i gang med et tilpasset treningsprogram. Siden det er endel senkomplikasjoner etter et hjerneslag anbefales det å utføre aktiviteter ute i naturen, som for eksempel å gå tur eller arbeide i hagen og gruppetrening. Å trene med andre mennesker vil være sosialt stimulerende og kondisjonstrening kan gi økt evne til å håndtere hverdagslige aktiviteter (Grimsby et al., 2009).

Et sunt kosthold er viktig i forebyggingen av hjerte- og karsykdommer. Kostholdet bør inneholde mye frukt og grønnsaker, fisk, kostfiber og magre melkeprodukter, samtidig lavt saltinnhold. Det vil bidra til å redusere blodtrykket. Røyk er også en kjent risikofaktor til hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010).

3.6 Håp og mestring gjennom kommunikasjon

Eline Thornquist sier at man tenke seg at informasjon gis som «pakker» fra sender til mottaker (Thornquist, 1998). Sender frakter sitt budskap til mottaker, som vil påvirke mottaker til en reaksjon. Thornquist mener at det er lett å gi informasjon, men at det kan oppstå misforståelser eller feiltolkning av informasjonen underveis. Det er derfor viktig at mottaker får tid til å forstå og respondere i det som blir sagt slik at sender får bekreftelse på at innholdet er forstått. En dialog er en talesituasjon hvor partene i samtalen veksler mellom å snakke og lytte. Det er derfor ideelt at alle parter deltar aktivt for å skape en god dialog. Vi velger ord og uttrykk forskjellig fra person til person. Hva vi snakker om og hvordan vi formidler bestemmes ut ifra forholdet vi har til den andre personen. Relasjonen er det viktigste. Thornquist mener at for å skape en god relasjon med et annet mennesket er ikke

innholdet av det vi snakker om så viktig, men at man bare snakker sammen og viser at vi bryr oss (Thornquist, 1998).

Joyce Travelbee mente at opplevelsene av en sykdom er forskjellig fra pasient til pasient (Travelbee, J., 1999). Vi er alle unike og trenger derfor en individuell plan. Hun mener videre at om mennesket skal kunne mestre sykdommen må vi hjelpe de å finne en mening med sykdom og lidelse. Man kan dessverre oppleve og aldri gjenvinne like god helse som før, men ved å hjelpe pasient å finne mening med sykdommen mener Travelbee at dette kan være en hjelp til å oppnå optimal helse for gjeldende pasient (Travelbee, 1999).

For å kunne mestre en sykdom mener Travelbee (1999) at man må veilede pasienten til å føle et håp om å bli frisk. Uten håp blir det vanskeligere å mestre sykdom og lidelse. For å føle håp må man ha et ønske om en bedre livssituasjon enn nåværende. Håp skal være en motiverende faktor som skal gi krefter og energi til pasienten slik at de skal kunne mestre å jobbe frem til sitt mål. For at man skal kunne hjelpe et annet mennesket til å oppleve håp må man skape tillit og en relasjon til hverandre. Travelbee var opptatt av *menneske- til- menneske- forhold* og det kunne skapes ved god kommunikasjon og relasjon. Kommunikasjon kan hjelpe å komme nærmere pasienten og pårørende og for å kunne være motivere.

Et kvalitetssikringsprosjekt utført ved Oslo universitetssykehus og høyskolen i Oslo og Akershus får frem hva pårørende til pasienter med traumatisk hjerneskade har behov for imøte med intensivavdelingen på Oslo universitetssykehus. Det ble intervjuet 15 pårørende fra 2010-2011 hvor pasientene var i alderen 24-72 år hvor to pasienter var under 18 år. Spørsmålene kunne for eksempel være om hvordan de følte de ble møtt av avdelingen, hvordan de hadde det og om de fikk tilbud om å delta på tverrfaglig møte. Konklusjonen ble at pårørende hadde behov for mer informasjon enn det de fikk. Det skulle være informasjon som var individuelt tilrettelagt. De ønsket å bli møtt med empati og respekt for å føle trygghet (Dokk et al., 2014).

Det er vanskeligere å oppnå håp uten hjelp fra andre, og man kan ikke vite hvordan en pasient egentlig har det om ikke relasjon mellom sykepleier og pasient er tilstede (Travelbee, 1999). Her er både kommunikasjon, kunnskap og valgmuligheter viktige bidragsytere. God kommunikasjon skapes ved at alle parter både snakker sammen og lytter til hverandre. Dette vil bidra til at sykepleier kan observere og gi informasjon til pasient, slik at man kan gi god pleie og omsorg. Pasienten må stole på at vi har den kunnskapen som trengs for å mestre situasjonen og at de vil få den nødvendige hjelpen på veien. Man kan heller ikke være låst til

en mulighet, men det må også legges til rette for at man har flere valgmuligheter slik at de kan føle at de har en viss kontroll på sitt eget liv (Travelbee 1999).

3.7 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Lov om pasient- og brukerrettigheter

§1-1: Pasienter og brukere som trenger helsehjelp er beskyttet av lovverket. Hensikten med dette er at helsevesenet skal sikre like og gode helsetjenester til de som har behov for det og å skape tillitt, trygghet og respekt mellom pasient, bruker og det norske helsevesenet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

§ 2-1 a.: Hvis pasient og bruker har behov for hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester har kommunen plikt til å gi de nødvendige og verdige tjenestene og informasjon om behandlingen som behøves (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

§ 3-2: Pasient og bruker skal få all den informasjon som er nødvendig for å kunne ha oversikt og innsikt i sin helsetilstand og for å holde seg oppdatert på hvilke helsetilbud man har rett på (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

§ 3-3: Pårørende skal også ha informasjon om pasientens helsesituasjon og helsehjelpen som gis, hvis pasienten samtykker til dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

§ 3-5: Informasjonen som blir formidlet skal være tilpasset slik at pasient og bruker forstår innholdet og hvilken hensikt det har. Dette skal dokumenteres i journalen til gjeldende pasient og bruker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

§ 1-1: Kommunen har egne lover for helse- og omsorgstjenester for å sikre gode helsetilbud til pasient og bruker med bl.a. somatisk sykdom og nedsatt funksjonsevne i sin kommune. Hensikten er bl.a. for å fremme trygghet og livskvalitet ved å tilrettelegge for gode tjenestetilbud og samhandling. Dette skal bl.a. sikre at pasient og bruker har mulighet til å være selvstendig og for å ha et aktivt og betydningsfylt liv sammen med andre mennesker (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kommunen har «... *plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift*» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1.)

Norsk Sykepleierforbund's yrkesetiske retningslinjer

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer bygger på prinsippene fra ICN's (international council og nurses) etiske regler og menneskerettighetene fra FN's menneskerettighetserklæring. Retningslinjene viser hvilket menneskesyn og grunnleggende verdier sykepleier skal ha for å kunne gi god nok oppfølging. Sykepleier har et ansvar for å vise omsorg, respekt og inneha den kunnskapen som behøves (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Under punkt 1 står det at sykepleier har ansvar for å sette seg inn i lovverk som regulerer tjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Punkt 2.2 forklarer at sykepleier understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten og ved punkt 2.4 for yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleier skal gi tilstrekkelig og god informasjon, og være forsikret om at pasient har forstått innholdet slik at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Sykepleier skal vise respekt og omtanke for pårørende. Under punkt 3.1 står det at sykepleieren skal sørge for at pårørende får den informasjonen som de har rett på og ved punkt 3.3 står det at sykepleier samhandler med pårørende og at deres opplysninger skal respekteres (Norsk sykepleierforbund, 2011).

4 Diskusjon / drøfting

I dette kapittelet ønsker jeg å drøfte teorien jeg har brukt i oppgaven for å kunne belyse hva som er viktig at sykepleier gjør på slageneneheten for å kunne hjelpe unge slagpasienter å mestre hverdagen på best ønskelig måte. Jeg vil også drøfte viktigheten med rehabilitering og hverdagsrehabilitering etter hjerneslag. For å svare på problemstillingen så konkret som mulig bruker jeg casen i kapittel 1.5.

4.1 Informasjon og kommunikasjon

Travelbee (1999) skriver at om vi skal mestre sykdommen og lidelsen må vi finne en mening med det. Etter å ha lest alle artiklene jeg har valgt ut til oppgaven, virker det på meg som om de fleste finner det vanskelig å finne en mening med å leve med hjerneslag. Det kan tenkes at det er krevende å få en slagpasient til å se lyst på fremtiden hvis de sliter kognitivt. Snoek og Engedal (2008) mener at symptomer på depresjon kan være en reaksjon som følge av at tilværelsen vår er i for stor forandring enn det vi klarer å håndtere. Kouwenhoven og Kirkevold (2013) sine funn forteller oss at depresjon kan være en sorgreaksjon på grunn av slagpasientenes nye livssituasjon, og de yngre slagpasientene virket mest berørt. Snoek og Engedal (2008) sier også at depressive reaksjoner på grunn av tap er tidsbegrenset. Da kan man berolige Amalie med å fortelle henne at hvis symptomer på depresjon skulle forekomme, er det sannsynlig at det vil gå over. Andre utfordringer som nedsatt hukommelse og energi, redusert orienteringsevne og søvnproblemer kan også forekomme etter hjerneslag og flere kan oppleve det som krevende å komme tilbake til jobb og det sosiale liv (Røthing et al. 2009). Jeg mener det kan være lurt å informere Amalie at slike utfordringer kan forekomme som følge av hjerneslaget og på grunn av hennes ansvar for familien og jobben. Det kan også tenkes at det vil være negativt å fortelle henne dette og gjøre Amalie mer engstelig. Derimot tror jeg hun vil være bedre forberedt om komplikasjoner skulle forekomme og håndtere situasjonen bedre om man informerer om det allerede på slagenheten.

Thornquist (1998) og Travelbee (1999) mener at for å kunne skape en god dialog må alle aktører i samtalen både lytte og være aktive. Alle parter skal få tid og rom til å tenke og respondere i det som blir sagt (Thornquist, 1998). Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.4 forteller oss at sykepleier har plikt til å gi tilstrekkelig med informasjon og pasienten skal gjøre seg forstått med innholdet for å kunne ta egne avgjørelser (Norsk sykepleierforbund, 2011). Under loven om pasient- og brukerrettigheter §3-2 står det at pasienten skal ha den

informasjonen som behøves for å kunne vite hvilken helsetilstand de er i og får å vite hvilke helsetjenester de har rett på og under §3-5 står det at innholdet skal være forståelig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Noen slagpasienter kan ha vanskeligheter med å ta til seg informasjonen som blir sagt (Röding et al., 2007). Her mener jeg det kan bli en utfordring for sykepleieren å utveksle informasjon om pasienten ikke klarer å ta det til seg. Det er da viktig at sykepleier tenker over vokabular framlegging og tar seg tid til formidling av budskapet slik at pasienten gjør seg forstått med innholdet som blir fortalt. Sykepleier skal dokumentere informasjonen som gis i pasient og bruker sin journal (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Dette mener jeg kan være en bekreftelse på at pasienten har fått informasjonen, og gjøre det lettere for sykepleieren som har ansvaret for pasienten å få et overblikk over aktuell situasjon.

Både Thornquist (1998) og Travelbee (1999) mener at relasjon er viktig for å kunne ha god kommunikasjon med pasienten. Thornquist (1998) sier at det vi snakker om og hvordan vi snakker bestemmer forholdet mellom pasient og sykepleier. For at god relasjon skal oppstå er det viktigste å vise at vi bryr oss (Thornquist, 1998). Pasienten må også stole på den kunnskapen sykepleier har, for å virke troverdig og god kommunikasjon kan bidra til å motivere (Travelbee 1999). Jeg tolker Travelbee sin teori om menneske-til-menneske forholdet som at sykepleier må møte pasienten som det menneske det er. Jeg vil tro for at sykepleier skal kunne formidle informasjon og for at pasienten skal betro innholdet må det være en relasjon mellom de. Det kan tenkes at akkurat i møte med pasienten må sykepleier legge til side sin tittel og fokusere på at pasienten er et individ, for å kunne skape en god relasjon.

Siden antall liggedøgn på sykehuset har gått ned (Hverdagsrehabilitering, 2011) ser jeg at det kan være en utfordring å skape et godt forhold til en pasient. Mine erfaringer er at det er mange sykepleiere på en slagenhet. Jeg har sett at en pasient kan ha en primær sykepleier, men det kan tenkes at det blir en utfordring at hver enkelt sykepleier som har ansvar for gjeldende pasient klarer å skape et godt forhold. Derimot har jeg tro på at man kan skape en viss tillit mellom pasient og sykepleier om relasjonen er der. Det tror jeg kan skapes enklest ved å vise omsorg i første omgang. Jeg begynner en samtale ved å spørre hvordan Amalie har det og gir henne tid til å svare. Etter forholdene kan jeg bedømme hvordan og hvor mye informasjon jeg velger å utgi. Sykepleier skal motivere gjennom formidling og gi nødvendig informasjon når pasient er kapabel for prosessering av gitte opplysninger. Det viktigste er at Amalie får nødvendig informasjon, som kan hjelpe henne i å mestre sin tilstand.

Etter å ha lest alle artiklene jeg har funnet virker det på meg som om man nesten må regne med og ikke kunne gjenvinne den samme helsen som før hjerneslaget. I Arntzen og Hamran (2015) sin artikkel forteller deltakerne at de ønsket å komme tilbake der de var før de ble syke, men at dette kunne bli uopnåelig. De hadde heller ikke fått informasjon om hvordan tilværelsen kunne bli etter rehabiliteringen (Arntzen et al., 2015). Travelbee (1999) nevner at man kan oppleve og ikke gjenvinne samme helsetilstand som før sykdommen inntraff og at det da er viktig at pasienten finner en mening med sin tilstand, for å kunne mestre sykdommen de har. Jeg mener at det er viktig å fortelle pasienten allerede på slagenheten at dette kan bli en stor påkjenning på det daglige liv og at det vil bli tøft og krevende å jobbe seg frem til en god fysisk form. Jeg ville fortalt til Amalie at opptreningen vil mest sannsynlig bli lang og krevende, men at hun kanskje kunne sett på dette som en ny start.

Helsedirektoratet (2010) mener at røyking øker sjansen for hjerneslag og at fysisk aktivitet og et sunt kosthold er viktig for forebyggingen av hjerneslag. Fysisk aktivitet bidrar til god helse og kan blant annet gi bedre søvnkvalitet, bedre koordinasjonsevne, redusert depresjonssymptomer og økt velvære (Henriksson et al., 2009). Det anbefales å gjøre natur aktiviteter, som en fysisk aktivitet etter et hjerneslag (Grimsby et al., 2009). Amalie må få informasjon om at hun burde endre livsstilen sin ved å slutte å røyke, spise sunnere og trene regelmessig, for å forebygge senkomplikasjoner og for å minske risikoen for nye slag. Man kan se på sette som en oppvekker som forteller at hun må endre livsstilen sin ved at hun får en ny sjanse til å leve et sunt og godt liv. Sykepleier kan foreslå at hun kan finne en gruppeaktivitet i og med at dette kan være sosialt stimulerende (Grimsby et al., 2009). Dette mener jeg også kan bidra som en beroligende faktor for Amalie ved at hun tilbringer tid sammen med andre mennesker i samme situasjon og at det gjør det lettere for henne å gjennomføre fysiske aktiviteter. Grethe Lunde anbefaler at slagrammede finner støtte i andre slagrammede (Davidsen 2015). Sykepleier kan informere om dette og be Amalie ta kontakt med kommunen om hun føler et behov for å sosialisere seg med andre slagrammede. Dette tror jeg kan bidra til at Amalie kan finne en trøst og støtte i likesinnede for og ikke føle seg isolert.

Grethe Lunde og Kjetil Gaarder fortalte i artikkelen at de hadde vansker med å vite hvem de skulle kontakte etter rehabiliteringen (Davidsen, 2015). Under lov om kommunale helse- og omsorgstjenester står det i §3-3 at kommunen skal sette i gang velferds- og aktivitetstiltak om pasient og bruker har behov for dette og gi råd, informasjon og veiledning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Her mener jeg sykepleier kan informere Amalie at hvis hun har

behov, for bedre oppfølging kan hun kontakte kommunen. Sykepleiere er ansvarlige for å sette seg inn i lovverket (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det er viktig at sykepleier har kunnskap om lovverket slik at man kan informere Amalie om hva kommunen er pliktig til å gjøre for å ivareta hennes rettigheter.

I kvalitetssikringsprosjektet av Dokk et al. (2014) fikk de frem at pårørende har behov for mer informasjon og mer tilrettelagt informasjon enn det de fikk da deres nærmeste var innlagt på sykehus. I loven står det at pårørende har rett på informasjon om sine nærmeste sin helsetilstand (§3-3. Lov om pasient- og brukerrettigheter). Sykepleier skal informere pårørende om behandlingen i korrelasjon med samhandling, respekt og omtanke (Norsk sykepleierforbund, 2011). Mine erfaringer fra å være pårørende er at sykehuset var dårlig på å gi informasjon og inkludere meg i behandlingen og oppfølgingen som skulle skje etter utskrivelse. Jeg mener situasjonen ville blitt lettere om jeg som pårørende kunne blitt inkludert i samtaler og fått mer informasjon om hjerneslag og oppfølgingen videre.

Travelbee (1999) mener at alle mennesker er unike og har hver sin måte å takle sykdommen på. Hun mener også at det blir lettere å kunne oppnå håp og mestring om vi får hjelp og støtte fra andre mennesker (Travelbee, 1999). Amalie føler seg trist, men det virker som hun har valgt å takle dette på egenhånd. Jeg må si meg enig med Travelbee's teori. Jeg tror det er svært vanskelig å takle en ny og krevende livssituasjon uten hjelp fra andre. Amalie virker som hun har et ønske om å virke sterk for utenforstående og ikke spørre om hjelp. Det kan tenkes at stoltheten til Amalie er et hinder for hennes egen velvære. Som Amalies sykepleier på slagenheten ville jeg inkludert hennes pårørende og anbefalt henne å inkludere de. Det kunne jeg gjort ved å gi tilstrekkelig med informasjon om sykdommen, opptrening og oppfølging videre til både Amalie og hennes pårørende. Jeg måtte også forsikre meg at de forstod det som ble sagt og at de kunne stille spørsmål om de hadde det. Det er heller ikke alltid lett for utenforstående å oppfatte andre sine lidelser (Arntzen et al. 2015). Snoek og Engedal (2008) mener at depresjon kan være vanskelig å skille fra som en stemningslidelse til humørsvingninger. Noen av deltakerne i forskningen til Arntzen og Hamran (2015) følte seg alene, fordi de følte at pårørende ikke var klar over hvordan de egentlig hadde det. Her er det viktig mener jeg som sykepleier at pårørende også får informasjon om hvilke komplikasjoner som kan forekomme, slik at de også er bedre forberedt. Det kan bidra til at pårørende kan forstå hvorfor pasienten oppfører seg på de ulike måtene som komplikasjoner kan medføre og kan bli en bedre støtte for pasienten.

4.2 Individuell plan

Alle mennesker er unike og trenger derfor en individuell plan (Travelbee, 1999). For at en god plan skal fungere må pasienten selv ha et ønske og et håp om å bli frisk. Håp er det som hjelper en pasient til å kunne mestre selve sykdommen. Håp skapes ved tillitt og god relasjon (Travelbee, 1999). Siden alle pasienter er i ulike situasjoner må vi kartlegge behov og lage individuelle planer. I en plan kan vi sette mål for at pasienten skal ha noe å jobbe mot. Mål er noe pasienten selv ønsker å oppnå og de skal virke motiverende og oppnåelige (Dahl et al., 2011). Jeg vil tro at pasienten ikke vil ha motivasjon til å jobbe frem mot sine mål om pasienten selv tror at målene er uoppnåelige. Sykepleier skal hjelpe pasienten til å finne håp og mestring (Norsk sykepleierforbund, 2011). Som sykepleier mener jeg vi må hjelpe pasienten til å opprettholde håpet ved å ha en god tilrettelagt og individuell plan, for å kunne mestre sin tilstand. Vi er også pliktig til å utarbeide en individuell plan ifølge lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-5) og helsepersonell som yter helsehjelp skal dokumentere viktige opplysninger for gjeldende pasient og bruker (Helsepersonelloven, 1999, §39).

For at en plan skal gi god utbytte til pasienten må vi dokumentere alle nødvendige opplysninger. Sluttrapporten bør inneholde alle de nødvendige opplysninger som behøves for at alle ledd i helse- og omsorgstjenesten skal holde seg oppdatert på pasientens helsestatus, for å kunne gi god oppfølging (Helsedirektoratet, 2010). For å lage en god plan bruker vi gjerne en metode som består av datasamling, behov, mål, tiltak og evaluering. Datasamling bruker vi for å innhente informasjon og kartlegging av behov (Dahl et al., 2011). For å innhente verdifulle opplysninger mener jeg det er viktig å snakke med både pasienten og pårørende slik at sykepleier kan vite nøyaktig hvordan pasienten har det. Pasienten kommer selvsagt først, men pårørende kan være en god tilleggskilde (Helsedirektoratet, 2008). Ved å innhente opplysninger må vi også observere pasienten (Dahl et al., 2011). Mine erfaringer ved observasjoner er at vi får innhentet målinger som blodtrykk, puls og temperatur, vi får observert pasientens ytre tilstand som for eksempel blek hud og ansiktsuttrykk, og daglige gjøremål som for eksempel matinntak og aktivitetsnivå. Neste ledd blir å kunne se hvilke behov pasienten har. Noen pasienter vil ha større behov enn andre, men det viktigste er at de grunnleggende behov blir tatt hensyn til. Vi kan lage sykepleiediagnoser for å få bedre oversikt (Dahl et al., 2011). Amalie har et ønske om å bevege seg mer, men hun mangler motivasjonen fordi det er krevende og fordi hun gruer seg. Sykepleiediagnosen hennes kan være at pasienten trenger å motiveres til å mobiliseres. Sykepleier kan motivere Amalie til gå

trening ved å spørre Amalie om hva hun selv ønsker å oppnå. I slike tilfeller mener jeg det er viktig at pasienten selv får fortalt sine behov og hvilke ressurser de føler de har, og for noen vil kanskje pårørende være en viktig ressurs.

Jeg mener at sykepleier skal formidle sine kunnskaper om at det er viktig at Amalie beveger på seg. Sykepleier skal komme med sine anbefalinger på hva som er best, men pasienten bestemmer selv hva de ønsker å prioritere. Det viktigste mener jeg er at sykepleier får formidlet hva som er anbefalt at pasienten gjør. For å ta vare på pasientens grunnleggende behov samtidig som vi tar hensyn til deres ønsker, tror jeg sykepleier og pasient må ha en god relasjon slik at pasientene stoler på det sykepleier anbefaler. Når vi vet hvilke behov pasienten har kan vi begynne å sette mål (Dahl et al., 2011). Amalie føler seg uvel og liker å være velstelt. Da kan et mål for eksempel være at pasienten skal føle seg ren og velstelt. Her kan man hjelpe Amalie til å stille seg, men det er også viktig at Amalie gjør det hun klarer selv slik at hun kan trene på å mestre det. Ved å hjelpe pasienten til å mestre ulike situasjoner og aktiviteter vil det tenkes at pasienten finner et håp om å nå sine mål. Det er viktig at pasienten får brukt sine ressurser til å nå målene (Dahl et al., 2011). Hvis pasientene får en god opplevelse vil jeg tro de får en mestringsfølelse og en vilje til å fortsette, men de kan også få en dårlig opplevelse om de ikke mestrer situasjonene. Alt som gjøres under planen skal informeres til pasienten (Dahl et al., 2011). Dette tror jeg kan være med på at pasienten føler seg mer inkludert under behandlingen. Tilslutt har vi evalueringen som forteller oss om planen har gitt gode resultater eller om det er noe vi må endre på (Dahl et al., 2011). Jeg synes også at pasienten skal få komme med kommentarer eller innspill på hva og hvordan ting kan gjøres annerledes eller hva som har fungert. For å føle at man har kontroll på eget liv må man ha flere valgmuligheter i livet (Travelbee, 1999). Om pasientene kan være med på evalueringen sin vil jeg tro at de føler de er inkludert i behandlingen og kan komme med kommentarer. Siden man kan føle å miste kontrollen på livet etter et hjerneslag (Arntzen et al. 2015) vil jeg tro det er godt for pasienten å føle de har kontroll på noe.

4.3 Effekten av god rehabilitering og hverdagsrehabilitering etter sykehusopphold

Arntzen et al. (2015) fikk frem i sin artikkel at rehabiliteringen etter et hjerneslag hadde fagfolk med høy kompetanse og pasientene følte seg godt ivaretatt, men at overgangen fra rehabiliteringen og hjemmet var for brå. Det å gå fra daglig oppfølging til ingenting ble en stor psykisk påkjenning for pasientene (Arntzen et al., 2015). Rehabilitering skal hjelpe

pasientene med å klare å mestre dagliglivets aktiviteter (Grasaas et al., 2009). Etter mine erfaringer kan jeg se at rehabilitering etter et hjerneslag har god effekt på pasientene. Flere pasienter mestret den fysiske opptreningen på grunn av at rehabiliteringen ble raskt satt i gang. Derimot ser jeg i Arntzen et al. (2015) sin artikkel at det er en utfordring med at oppfølgingen avsluttes for brått. Jeg ser at oppfølgingen er god på sykehuset, men svakt når pasienten kommer hjem. Jeg mener at jobben ikke er ferdig selv om pasientene blir sendt hjem, og for mange begynner den virkelige mestringskampen nettopp i hverdagslivet.

Hverdagsrehabilitering i hjemmet kan bidra til at pasient og bruker mestrer hverdagsaktiviteter slik at de kan leve selvstendig der de bor. Hverdagsrehabilitering er en følge av samhandlingsreformen (Hverdagsrehabilitering, 2011). Hensikten med samhandlingsreformen skal hjelpe kommunen med å sikre god behandling og oppfølging til pasient og bruker (Regjeringen, 2014). Jeg har tro på at hverdagsrehabilitering kan være en god løsning når pasienten kommer hjem fra sykehuset og rehabiliteringen. Det virker på meg som om hverdagsrehabilitering gjør overgangen fra sykehuset og hjemmet lettere for pasienten.

Det jobbes tverrfaglig av både sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter (Hverdagsrehabilitering, 2011) og det vil også kreves en slik grunnbemanning med rehabiliteringskompetanse av kommunen for å kunne innføre hverdagsrehabilitering (Færevaag et al., 2012). Hverdagsrehabilitering vil kun fungere om helsepersonellet jobber tverrfaglig og om det er et godt samarbeid mellom de (Birkeland, 2014). Ifølge lovverket er dette en plikt som kommunen står ovenfor om det er nødvendig å samarbeide og samhandle med andre tjenesteytere (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-4. & §7-1.). Det kan tenkes at arbeidsoppgavene til helsepersonellet blir lettere om de har noen å samarbeide med. Jeg har tro på at sykepleier har behov for å samarbeide med andre tjenesteytere for å gi et godt og helhetlig tilbud til pasienten. Helsepersonellet følte de gjorde en god jobb når de hjalp pasienter og brukerne til å mestre hverdagsaktiviteter (Birkeland, 2014). Det kan tenkes at det vil gi en motivasjon i seg selv til helsepersonellet om de føler de hjelper pasient og bruker til å klare seg selv i hverdagen. Dette mener jeg også kan bidra til bedre samarbeid og kommunikasjon mellom de ulike tjenesteyterne, som igjen gagnar pasient og bruker.

Et sunt og balansert kosthold kan bidra til å senke blodtrykket og dermed forebygge hjerte- og karsykdommer (Helsedirektoratet 2010). Hverdagsrehabilitering (2011) skal hjelpe pasient og bruker til å mestre hverdagsaktiviteter som for eksempel matlaging. Jeg vil tro det er lettere å

gå for de lette og usunne matvalgene om man ikke klarer eller har energi til å lage sunn mat, men hvis man mestrer matlaging kan det tenkes at man vil lage sunnere måltider og dermed redusere faren for nye utfall av hjerneslag. Jeg har tror på at det kan virke som en beroligende faktor og en motivasjon til å mestre matlaging om pasient og bruker vet konsekvensene av sine matvaner.

I Rödning et al. (2007) sin forskning fant de ut at deltakerne syntes rehabiliteringen var for dårlig tilpasset. For at rehabilitering i hjemmet skal fungere må det være fokus på individuell plan, godt samarbeid mellom alle aktører og fokus på terapeutisk kommunikasjon og sosiale behov (Taule et al., 2014). Jeg fikk oppleve under alle mine praksisperioder som sykepleierstudent at alle pasienter og brukere har ulike behov og krav i forhold til hjelp og det å kunne takle situasjonen de var i. Individualisering er noe jeg føler er et viktig fokus da alle pasienter og brukere har forskjellig behov. Det spørres om hvilke aktiviteter som er viktig her og nå (Hverdagsrehabilitering, 2011). Jeg mener at hverdagsrehabilitering kan bidra til at overgangen fra sykehus og hjemmet blir lettere siden det er fokus på å kunne mestre hverdagsaktiviteter. Derimot kan også hverdagsrehabilitering miste fokus fra den psykiske delen av mennesket.

En av deltakerne i Arntzen et al. (2015) sin undersøkelse fortalte at han savnet noen å snakke med om situasjonen sin. Mine erfaringer fra slagenheten og i samhandlingspraksis viste at de tverrfaglige teamene jobbet godt sammen for å få pasienter og brukere til å mestre sin sykdom og hverdagsaktiviteter, men jeg mener det var for lite fokus på samtaler. Det å få inn samtaler om hvordan pasienter og brukere har det, som en del av rehabiliteringen og hverdagsrehabiliteringen tror jeg kan hjelpe helsepersonell til å få informasjon om hvordan pasient og bruker egentlig har det. Mine erfaringer er at sykepleier er den som generelt tilbringer mest tid med pasienter på slagenheten. Da mener jeg at sykepleier kan tilby pasienten samtaler om de har behov for det. Det kan tenkes at det blir en utfordring om sykepleier ikke har kompetanse innenfor terapeutiske samtaler, men loven sier at kommunen har plikt til å gi de nødvendige tjenestene som behøves (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1 a.). Jeg tolker dette som at om pasienten har et behov for samtaler med profesjonelle fagfolk har de rett på dette fra kommunen.

5 Konklusjon

Spørsmålet mitt i denne oppgaven var: «Hvordan kan sykepleier bidra til at yngre slagpasienter opplever mestring under sykehusoppholdet og på denne måten bidra til raskere fysisk og psykisk rehabilitering?» Forskningen viser at yngre slagpasienter er hardest berammet på flere områder. Sykepleier har flere viktige roller når unge slagpasienter er innlagt. Ved å formidle nødvendig og tilrettelagt informasjon om hvordan hverdagen kan bli vil pasienten være bedre forberedt, men det er viktig og ikke redusere følelsen av håp. For at sykepleier skal kunne møte pasienten på en god måte og kunne formidle viktig informasjon må relasjonen være tilstede.

Individualisering mener jeg er nøkkelordet. Ved å ha en individuell, personlig plan og oppfølging som er tilpasset yngre slagpasienter, mener jeg dette vil bidra til at pasientene føler de har kontroll på livet ved å være delaktig under behandlingen og oppfølgingen. Dette kan føre til at de føler seg godt ivaretatt av helsevesenet. Sykepleier har et ansvar og en fordel til å kunne hjelpe pasienten i å oppleve håp og mestring under rehabiliteringen.

Jeg har tro på at rehabilitering og hverdagsrehabilitering kan være en god løsning for å hjelpe yngre pasienter og brukere til å mestre hverdagen etter hjerneslag og for å forebygge senkomplikasjoner. Forskningen viser at rehabilitering har god effekt på å gi mestringsfølelse til slagpasienter, men at det er mangel på oppfølging etter sykehusoppholdet. Det bør forskes mer på effekten av hverdagsrehabilitering i og med at kommunen er pliktig til tilrettelegging og oppfølging av pasienter og brukere som har behov for det. For at rehabilitering og hverdagsrehabilitering skal fungere i praksis må det være et godt samarbeid mellom pasient og bruker og medvirkende helsepersonell.

Ifølge lovverket og samhandlingsreformen ligger mye av ansvaret om rehabilitering på kommunen. Sykepleier skal holde seg oppdatert på lovverk og forskrifter å formidle dette til pasienten slik at pasientens rettigheter blir ivaretatt.

Yngre slagpasienter er den mest sårbare pasientgruppen i etterkant av hjerneslag på grunn av familiært ansvar og arbeidsliv. Travelbee mener at vi sjelden klarer å mestre sykdom og lidelse alene og da mener jeg at pårørende kanskje er den viktigste ressursen pasienten kan ha. Sykepleier må inkludere nære relasjoner når pasienten er innlagt slik at pårørende kan få en forståelse over situasjonen og være en god støtte for pasienten også etter sykehusoppholdet.

Litteraturliste

Arntzen, C. & Hamran, T. (2015). Rehabiliteringsforløp etter hjerneslag. *Geriatrisk sykepleie*. 2015;7(3), 24-34. Hentet 26.01.16 fra

https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/geriatrisk_0315.pdf

Bertelsen, B. I. (2011). Nervesystemet. *Patologi. Menneskets sykdommer* (2.utg). Oslo, Gyldendal Akademisk

Dahl, K. & Skaug, E.A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (red), *Grunnleggende sykepleie, bind 2*. (2.utg.). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Daidsen, A. (2015) Unge slagrammede må lete etter hjelp. *Journalen.hioa*. Hentet 25.01.16 fra <http://journalen.hioa.no/journalen/Innenriks/2015/04/30/unge-slagrammede-ma-lete-etter-hjelp>

Dokk, L., Forgaard, M., Sveen, U., Andelic, N., Holmsen, V., Holmgren, H. & Linviksmoen, L. (2014). Jo mer informasjon, jo bedre. *Sykepleien fag*. 102 (4): 60-63. Doi: 10.4220/sykepleiens.2014.0037. <https://sykepleien.no/forskning/2014/03/jo-mer-informasjon-jo-bedre>

Folkehelseinstituttet (2012) Hjerneslag – årsaker og forebygging. Hentet 19.01.16 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6067&MainContent_6263=6464:0:25,6068&List_6212=6218:0:25,8090:1:0:0:::0:0

Færevaa, L., Butli, H., Haneborg, M., Grandbo, R., Laberg, T. & Ness, N. E. (2012). Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. *Hverdagsrehabilitering i Norge*. Hentet 03.02.16 fra

http://hverdagsrehabilitering.no/sites/hverdagsrehab/files/Rapport%20Hverdagsrehabilitering_0.pdf

Grasaas, K.K., Sjursen, M. & Stordalen, J. (2009). Teoretiske begrep og teorier i helse- og sosialfagene. *Etikk og kommunikasjon* (1.utg.). Kristiansand, Høyskoleforlaget.

Grimsby, G., Willén, C., Engardt, M. & Sunnerhagen, K.S. (2009). Slag (hjerneslag). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet. Hentet 25.01.16 fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/IS-1592-aktivitetshandboken-kapittel-44-slag.pdf>

Helsedirektoratet (2008) Pårørende-en ressurs. *Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. Hentet 10.02.16 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/338/Parorende-en-ressurs-konvertert-IS-1512.pdf>

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Hentet 25.01.16 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/55/IS-1688-Nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet 25.01.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)*. Hentet 26.01.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Henriksson, J. & Sundberg, C.J (2009). Generelle effekter av fysisk aktivitet. *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet. Hentet 25.01.16 fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/IS-1592-aktivitetshandboken-kapittel-1-generelle-effekter-av-fysisk-aktivitet.pdf>

Hverdagsrehabilitering (2011). Prosjektbeskrivelse. *Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. Hentet 28.01.2016 fra <http://hverdagsrehabilitering.no/sites/hverdagsrehab/files/Prosjektbeskrivelse%20Fase%201.pdf>

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2013). Karsykdommer (i samarbeid med Dietrichs, E.) *Sykdomslære* (2.utg). Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kouwenhoven, S. E. & Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien forskning (4)*: 334-342. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0134. Hentet 02.02.16 fra <https://sykepleien.no/forskning/2013/11/leve-med-depresjon-etter-hjerneslag>

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICN's etiske regler*. Oslo Norsk sykepleierforbund. Hentet 25.01.16 fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Olsson, A.B.S. & Vågan, A. (2015). Mestring. *Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse*. Hentet 05.03.16 fra http://mestring.no/wp-content/uploads/2013/03/Utdypning_mestring.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet 25.01.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Regjeringen (2014). Samhandlingsreformen i kortversjon. Hentet 03.02.16 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>

Röding, J., Öhman, A., Malm, J. & Lindström, B. (2007). Frustrerad – En beskrivning av yngre strokepatienters opplevelser och behov. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2007;84(6) 496-503. Hentet 26.01.16 fra <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/563/383>

Røthing, M. & Vikse, K.O. (2009). Når livet blir snudd på hodet. *Sykepleien fag*. Hentet 21.01.16 fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/02/nar-livet-blir-snudd-pa-hodet>

Snoek, J. E., & Engedal. K. (2008). *Psykatri: Kunnskap, forståelse og utfordringer* (3. utg. 1. opplag). Oslo, Akribe forlag.

Taule, T., Strand, L. I., Skouen, J. S. & Råheim, M. (2015). Striving for a life worth living: stroke survivors experiences of home rehabilitaion. *Scandinavian journal of caring sciences*. (4) 651-661. Doi: 10.1111/scs.12193. Hentet 29.01.16 fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12193/epdf>

Thornquist, E. (1998). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon* (1.utg.). Oslo, Ad Notam Gyldendal.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. Utg). Oslo:
Universitetsforlaget