

UNIVERSITETET I
NORDLAND

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Kurskode: SY180H Dato: 26.04.13

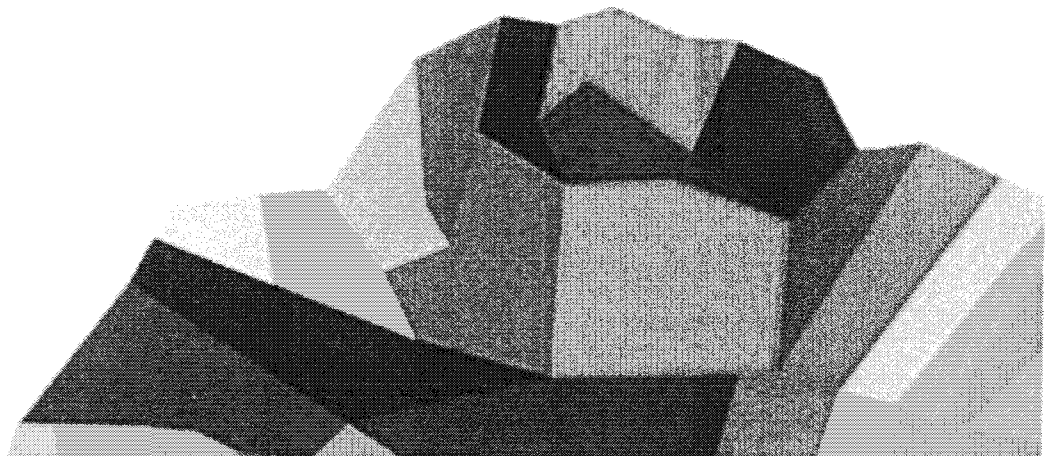
Kandidatnr.: 203

Totalt antall ord: 9726

TEMA:

Hvilken betydning har sykepleieren, for
kontinuiteten i rehabiliteringen av slagpasienter i
akutfasen for fremtidig funksjonsfungering?

[Grønning søter, Anne-Lise]



INNHold

1.0 INNLEDNING.....	3
1.1 Presentasjon av problemstilling.....	3
1.2 Utdyping og avgrensninger i forhold til problemstillingen.....	3
1.3 Begrepsavklaring.....	4
1.4 Oppgavens hensikt.....	4
1.5 Oppgavens struktur.....	5
2.0 METODE.....	5
2.1 Metodebeskrivelse.....	5
2.2 Fremgangsmåte for å finne aktuell litteratur.....	6
2.3 Kildekritikk.....	7
2.4 Etske overveielser.....	8
2.5 Presentasjon av litteratur.....	8
3.0 TEORIDEL.....	12
3.1 Sykepleieprosessen.....	13
3.2 Joyce Travelbee.....	16
3.3 Kommunikasjon.....	19
3.4 Organisering.....	20
4 DRØFTING.....	21
5 KONKLUSJON.....	29

1. INNLEDNING

Hjerneslag er en av våre mest alvorlige folkesykdommer, og av de hyppigste årsaker til død og funksjonshemming. Årlig rammes cirka 15000 personer i Norge og insidensen er forventet å øke betraktelig da antall eldre vil øke med 50% de neste 20 årene (Helsedirektoratet, 2010). Den siste forskningen på dette området viser at tidlig rehabilitering øker sjansen for overlevelse og ikke minst at tapte kroppsfunksjoner kan gjenvinnes. Jeg har valgt å skrive om hvordan vi som sykepleiere på medisinsk avdeling tilnærmer oss slagpasienter i akutfasen. Dokumentasjonsplikten i helsevesenet er regulert av en omfattende og komplisert lovgivning. Det er snakk om både konkrete regler og generelle, mer skjønnsmessig utformede regler. Noen sentrale lover innenfor dokumentasjon er Pasientrettighetsloven av 02.07. 1999 nr. 63 og Helsepersonelloven av 0.07.1999 nr. 64. Vi har også Pasientjournalforskriften av 21.12.2000 nr. 1385. Pasientjournalen vil også være dokumentasjon på den behandling som er utført samt at den vil være et viktig hjelpemiddel for å kunne oppfylle innberetningsplikten til sentrale kontrollinstanser, ulike helseregistre og lignende.

Pasientjournalen er helsepersonellens viktigste kilde til kunnskap om pasientens situasjon og den vil derfor være et viktig arbeidsdokument for helsepersonellet og vil ligge til grunn for at pasienten skal få den best mulige behandling og pleie. Dokumentasjonen vil være en viktig indikator på kvaliteten på arbeidet til helsearbeideren og vil også være et viktig fundament for pasientens mulighet til å ivareta egne interesser fra det å kunne medvirke ved undersøkelser og behandling i helsetjenesten. Også uheldige hendelser vil forekomme mellom pasient og helsearbeider og da vil pasientjournalen tjene som bevis ved klage på feilbehandling og krav om erstatning.(Dalland, 2007)

1.1 Presentasjon av problemstilling

Hvilken betydning har sykepleieren, for kontinuiteten i rehabiliteringen av slagpasienter i akutfasen for fremtidig funksjonsfungering?

1.2 Utdyping og avgrensninger i forhold til problemstillingen.

Jeg vil forholde meg til lokalsykehus og medisinsk avdeling og til sykepleierens betydning for at slagpasientene i akutfasen skal få et godt tilbud i rehabiliteringen mens de er på sykehus. Dette er noe som engasjerer meg fordi de erfaringer jeg har gjort i praksis er på denne

avdelingen. Også opplevelsene jeg hadde med min far som fikk slag i mai måned skjedde på medisinsk avdeling. På små lokalsykehus er det slik at slag pasienter blir liggende på medisinsk avdeling fordi sykehuset ikke har en egen slagavdeling, men et slagteam som jobber på avdelingen. Slagteamet er et tverrfaglig team som kan bestå av blant annet sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Jeg vil se på hva vi som sykepleiere kan bidra med for å sikre at slagpasientene skal få et godt tilbud uavhengig om det er «travelt» på avdelingen, helligdager eller om det er lav bemanning. Det er flere yngre mennesker som får slag men i hovedsak er det eldre mennesker over 70 år.

1.3 Begrepsavklaring

Eldre: Med eldre pasienter skriver Helsedirektoratet (2010) om de som er over 70 år. Eldre kan også defineres med en lavere alder. Ranhoff (2008:75) i "Geriatrisk sykepleie" betegner den eldre pasienten som mellom 60 til over 100 år og de gamle som over 75-års alder. De fleste av forskningsartiklene jeg har gått igjennom som har inkludert eldre pasienter, er pasientene over 65 år. Derfor er jeg noe åpen i forståelsen av hvem de eldre er.

Rehabilitering: I stortingsmelding nr. 21 (1998-99) defineres rehabilitering som:
«Tidsavgrensede planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet»(Helse og omsorgsdepartementet, 2013)

Målet er at kroppen igjen skal kunne fungere best mulig som en helhet og gjenvinne et normalt bevegelsesmønster. Gjenopptrening av tapte funksjoner er en læreprosess. Hjerne har en stor evne til reorganisering også etter et hjerneslag.

Kontinuitet: Noe som skjer regelmessig over en tidsbegrenset periode.

1.4 Oppgavens hensikt

Det er to ting jeg vil at oppgaven skal belyse. Det første er hvor viktig kontinuitet i rehabiliteringen i akutfasen kan ha å si for pasientens fremtidige funksjon. Det andre er hvordan få sykepleieren til å bruke sykepleieprosessen for å sikre at kontinuiteten blir overholdt uavhengig om det er travelt eller om det er lav bemanning på avdelingen.

1.5 Oppgavens struktur

Jeg presenterer metodedel i kapittel 2.0. Her viser jeg hvordan jeg har funnet frem til litteratur og forskning ved å legge frem kildekriterier og litteratursøk som jeg har utført i ulike databaser. De artiklene som jeg finner relevante til oppgaven, presenterer jeg under punkt 2.5. Etter metodedelen presenterer jeg teoridelen, kapittel 3.0 hvor jeg legger frem aktuell teori som jeg tenker er nødvendig å ha med for å kunne forstå viktigheten av hvorfor problemstillingen min er aktuell. Teorien vil også kunne være interessant å ta videre med i en drøftingsdel i 4.0. Temaene som jeg tar for meg i teoridelen er sykepleieteori, med vekt på Joyce Travelbee mellommenneskelige forhold og sykepleieprosessen. I kapittel 4.0 drøfter jeg ny litteratur opp mot teoridelen i en faglig diskusjon. Kapitlet er strukturert etter sykepleieprosessens hjelpemetoder og svarer på problemstillingen ved å sette funn og ellers nevnt og relevant teori opp mot disse. Til slutt oppsummerer jeg oppgaven med å vise hvordan jeg vurderer at problemstillingen besvares i lys av drøftingsdelen. Oppgaven følger skolen retningslinjer for oppgaveskriving på bachelornivå.

2. METODE

Her blir den metodiske framgangsmåten i arbeidet med å svare på problemstillingen gjort rede for, samt kildene som er blitt brukt.

2.1 Metodebeskrivelse

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert sitert i Dalland 2007 s. 81).

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. (Dalland 2007:83)

Jeg har valgt en litterær studie for å belyse og gi teoretisk støtte til problemstillingen min. Jeg har i hovedsak brukt fagbøker fra pensum, valget falt på de bøkene fordi de belyser områder fra mitt tema på mitt kompetansenivå. I følge Dalland (2007) er litteraturstudiet avhengig av gode og relevante skriftlige kilder. Jeg har også valgt å søke etter relevante tekster på

Internett. Der har jeg funnet fram til artikler som er skrevet fra før om samme tema. Min drøfting vil bli gjort på bakgrunn av den eksisterende litteraturen. Jeg vil basere oppgaven på erfaringer jeg har gjort meg i møte med disse, og sette det opp mot funn i teorien.

Ifølge Dalland (2007:84) tar kvalitativ metode sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Gjennom den kvalitative belysningen av problemstillingen ønsker jeg å belyse noe av kvaliteten på den omsorgen og tilnærmingen som ble gjort ovenfor pasientene. Gjennom bruk av kvalitativ metode tolker jeg stoffet jeg samler ut fra min opplevelse fra praksis og egen erfaring som jeg skriver ut fra, i og med at jeg var en del av et samspill og aktivt med på en relasjonsbygging ovenfor pasientene.

Kunnskap bygd på erfaring blir i følge Dalland (2007), kalt empiri.

2.2 Fremgangsmåte for å finne aktuell litteratur

I forkant av det planlagte søket hadde vi fått undervisning i bruk og søk av databasene, slik at forfatterne skulle ha kunnskap om hvilke databaser som var aktuelle og hvordan vi kunne utføre søkene i de ulike databasene. Databasene var de som skolen hadde tilgang til.

Bibliotekaren la opp undervisningen i litteratursøk gjennom databasene Ovid, Proquest, Norart, SveMed m.fl. som var aktuelle ut i fra sykepleierperspektivet. I disse databasene var de fleste artikler skrevet på engelsk eller svensk. Jeg spurte ikke bibliotekaren om det var andre databaser som kunne være aktuelle for mitt artikkelsøk.

Jeg søkte på blant annet Norart, Publine og Proquest etter sykehusbasert rehabilitering. Jeg brukte søkeord som: rehabilitation, stroke, hospital og nurses. Jeg fikk mange treff som for eksempel på Norart fikk jeg 94 treff på søkeord «stroke» men jeg fant ikke noe som var relevant for akkurat min problemstilling. Artikkene jeg fant gikk mer på rehabilitering etter at pasienten var kommet hjem eller på bestemte tema som underernæring i forhold til slag, afasi og organisering i behandlingsforløp fra sykehus til oppfølging og tilpasning.

Jeg gikk inn på tidsskrift for legeforeningen fordi dette er et nettsted jeg har brukt en del og var kjent med. Det er i tidsskrifter de siste nyhetene fra forskning publiseres og diskusjonene foregår, og noen studiekraft forventes det at du søker i tidsskrifter. Jeg brukte søkeord som «rehabilitering etter slag» og fikk 94 treff. Artikkene var nummerert etter hvilket år de var skrevet og jeg gikk inn på de nyeste fra 2013 og nedover. Året 2007 tror jeg slag har vært

spesielt i fokus når det gjaldt forskning fordi her fant jeg hele 14 artikler som gikk på hjerneslag. Av disse 14 artiklene fant jeg tre som var relevant for oppgaven min fordi den ene gikk direkte på sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag, og den andre var en artikkel som gikk på hvordan hjernen stimuleres til å danne nye synapser og endringer av funksjonen for eksisterende synapser ved hjelp av aktivitet. Den tredje artikkelen hadde forsket på kvalitetsindikatorer for behandling av hjerneslag. Jeg valgte derfor de tre artiklene som jeg fant på nettsiden til Tidsskrift for den norske legeforening. Alle artiklene er kvalitative og handler om sykehusbasert rehabilitering. På denne måten fant jeg vitenskapelig forskningsartikler som er relevant i forhold til tema og problemstilling. Alle tre er referee bedømt.

Bøkene jeg har brukt i oppgaven er i hovedsak pensum litteratur og noe selvvalgt litteratur. På biblioteket fant jeg flere bøker som jeg fikk lånt, men som jeg etter hvert fant ut ikke var relevant fordi de gikk mer på rehabilitering etter utskrivelse fra sykehus og ikke på hvilken betydning sykepleieren har for at kontinuiteten av rehabiliteringen skal være god på sykehus, uansett om det er helg, helligdager eller lav bemanning. Jeg fant derimot en bok som som handlet om: Sykepleie - praksis og utvikling, og denne har jeg brukt i forhold til å beskrive en del av sykepleierprosessen. Jeg fikk også lånt Joyce Travellbee's sykepleieteori som jeg har brukt som sykepleieteoretiker. Boken fokuserer på den mellommenneskelige dimensjon, på interaksjonen mellom pasient og sykepleier og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten og hans tilstand.

2.3 Kildekritikk

«Kildekritikk betyr å vurdere, og karakterisere den litteraturen som er benyttet. Det gjelder også andre kilder som benyttes» (Dalland 2007, 66).

De tre artiklene som jeg har brukt i oppgaven er alle fagfellevurdert (peer referee) og godkjent. Det er benyttet inernett ved bruk av databasene og ved bruk av universitetens bibliotek tjenester (BIBSYS). Det er også blitt brukt inernett til å søke opp fagartikler og annen relevant informasjon. All litteratur som er blitt brukt blir skrevet ned i litteraturlisten. Det er anvendt pensumbøker i metodekapittelet som går ut på kunnskapsbaserte

arbeidsmetoder. Det er også brukt litteratur i teoridelen men her måtte jeg gå utenom pensumlitteraturen fordi jeg ikke fant så mye aktuell litteratur her.

I litteraturstudiet mitt var det en utfordring å finne litteratur angående rehabilitering på sykehus og jeg fant kun en artikkel som gikk akkurat på det, som jeg kunne bruke. Bøkene som er benyttet er ikke eldre enn 1999.

Hensikten med kildekritikk er at leser skal få et innblikk i refleksjoner som er gjort for å vurdere om litteraturen som er benyttet i oppgaven, er relevant for å belyse forskningsspørsmålene (Dalland 2007).

2.4 Etske overveielser

Klinisk forskning er regulert ved lover og forskrifter, som i første rekke tar sikte på beskyttelse av forsøkspersonen ved hjelp av anonymisering (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin 1992). Det er tre artikler som er inkludert i studien, der det ikke kommer frem i artiklene om de er etisk godkjent av en komité. Selv om dette ikke kommer frem i artiklene vil forskningsresultatet bli det samme, og artiklene er derfor inkludert i studien. Forfatteren har hatt respekt for innholdet i en hver artikkel, og har brukt resultatene slik de kom frem i studiene.

2.5 Presentasjon av litteratur

Resultatet bygger på tre forskningsartikler som skriver om akutt rehabilitering etter hjerneslag, betydningen av igangsetting av tidlig rehabilitering og hvilke kvalitetsindikatorer som kan benyttes for å sikre at kontinuitet og lik behandling ivaretas.

Artikkel 1: Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag.

I studien til Thomessen og Wyller (2007) var bakgrunnen for studien at de som rammes av hjerneslag får så store konsekvenser, ikke bare for de som rammes men også for familien, og

at tidlig rehabilitering er av stor betydning for langtidsprognosen. Studien er basert på litteratur innen feltet med vekt på relevante systematiske oversikter samt egne kliniske erfaringer som de hadde gjort seg. De fant at metaanalyser indikerte entydig at alle pasientene som rammes av hjerneslag hadde nytte av behandling i slagenheter og at det ikke var noen sammenheng mellom høy alder og effekt av rehabiliteringen. Alder i seg selv burde derfor ikke være noe seleksjonskriterium for aktiv rehabilitering. Men en annen sak er at ikke alle pasienter har behov for videre rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og derfor kan man grovt dele slagpasientene i grupper, der gruppe en er de som restitueres vanligvis raskt men bør tilbys poliklinisk kontroll jevnlig med tverrfaglig vurdering noen uker etter utskrivelse. De pasienten med omfattende nevrologiske utfall med kort forventet levetid kan ikke nyttiggjøre seg rehabilitering men skal istedenfor ha god pleie og omsorg. Alle øvrige hjerneslagpasienter vil høyst sannsynlig kunne nyttiggjøre seg rehabilitering. Thomessen og Wyller presiserer at flere modeller for slagenheter er blitt utprøvd de senere tiårene og at så langt er det avdelinger med kombinasjon av akuttbehandling og rehabilitering som er best dokumentert, og det er også denne modellen som er anbefalt av European Stroke initiative. Alle som rammes av hjerneslag burde innlegges i en slagenhet der rehabiliteringen starter tidlig, og pasientens symptomer og ressurser må tidlig kartlegges av tverrfaglig team slik at rehabiliteringsprosessen blir målrettet. Det tverrfaglige teamet bør være bemannet med lege, sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut og logoped, nevropsykolog og sosionom. Det må være bred kompetanse innen nevrologi, indremedisin og rehabilitering slik at hele spekteret fra akuttbehandling til rehabilitering blir ivaretatt. Den sentrale og aktive rollen i det tverrfaglige teamet er det legen som har men slagsykepleiere har en nøkkelrolle i koordinering av behandling og pleie. De har også ansvaret for at undervisning og kontinuerlig kompetansebygging blant personalet. Også holdningen blant personalet har innvirkning på hvordan en lykkes med å få til en god rehabiliteringsprosess. Det er viktig at miljøet i avdelingen er tilrettelagt rehabilitering 24 timer i døgnet. De presiserer at effekten av rehabilitering dedikert i slagenheter er godt dokumentert men at vi trenger mer forskning for å dokumentere effekten av mer spesifikke tiltak. De mener at det i fremtiden blir mer viktig og opprettholde fokus på tidlig rehabilitering samtidig som nye akuttmedisinske behandlingsmetoder for hjerneslag blir introdusert. En Cochrane analyse av effekten av kognitiv rehabilitering ved hukommelsessvikt, oppmerksomhetssvikt og neglekt indikerer at trening medfører bedre resultater på enkelte tester men viser ingen sikker effekt på

dagliglivets aktiviteter. Derfor er det ønskelig med flere randomiserte undersøkelser for å sammenligne effekten av spesifikke treningstiltak.

Artikkel 2: Hjernens plastisitet-perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag.

De siste tiårene har kunnskapen om hjernens plastisitet vist at intensiv trening rett etter et slag øker nydanning av synapser, endringer av funksjonen i eksisterende synapser, kortikal reorganisering og sannsynligvis nydanning av hjerneceller. Erik Dietrichs. (2007) har basert artikkelen på litteratursøk i Medline, samt egen forskning og klinisk erfaring. Hensikten med artikkelen er at Dietrichs vil belyse hvordan ny basalkunnskap om hjernens plastisitet kan ha stor betydning for vår holdning til slagrehabilitering. Han fant at intensiv rehabilitering etter slag er bedre enn moderat trening fordi evnen til plastiske endringer i cortex er større i tiden rett etter en skade. Dette er helt i tråd med funn fra dyrestudier der undersøkelser med mus viser at de som ha fått intensiv motorisk trening over fire uker så bedres motorisk funksjon betydelig mer enn hos kontrolldyr. Nevronal plastisitet gir grunnlaget for læring og hukommelse og det er derfor grunn til å tro at de mekanismene over tid er ansvarlig for effekten av aktiv rehabilitering hos slagpasienter stort sett er de samme som ved andre typer læring og trening. Tidligere studier har vist at læringseksperimenter knyttet til visuell oppfattelse har vist at funksjonsbedringen først kommer etter en lengre latensperiode og at det går minst åtte timer før en treningslesjon gir utslag i prestasjoner som igjen viser at trening inducerer plastiske forandringer i nervesystemet som trenger tid for å virke. Senere studier har vist at slike aktivitetsavhengige nevrone forandringer inkluderer både nydanning av synapser og andre modifikasjoner av synapsene som krever proteinsyntese, for eksempel langtidspotensering. Tidligere studier har vist at læring og hukommelse skjer i hippocampus men senere forskning viser at også thalamus synes å være korrelert til synaptisk plastisitet. Dietrichs konklusjon mener at en bedre forståelse av de basale mekanismene vil kunne hjelpe oss til å finne effektive behandlingmetoder for slagrehabilitering. Det er overbevisende dokumentasjon på at aktiv trening etter slag fremmer plastiske endringer i hjernen med både nydanning av synapser og funksjonsendring i allerede eksisterende synapser samt aktivitetsavhengig reorganisering av hjernebarken. Man har også funnet at det skjer en markert økning i nevrogenesen men vi vet enda ikke hvilken rolle denne spiller inn i reparasjonsprosessen. Men vi vet at etter slag er det viktig å oppmuntre både helsepersonell og pårørende og ikke minst pasienten selv til å gå inn for målrettet gjenopptrening. Tidlig

oppstart av gjenopptrening, tilstrekkelig mengde og intensitet samt fortsatt trening over lang tid vil trolig gi det beste funksjonelle resultatet.

Artikkel 3: Kvalitetsindikatorer for behandling av akutt hjerneslag.

Bakgrunnen for studien med Rønning m/fl. (2007) er at behandlingstilbudet ved hjerneslag er variert og de vil med å presentere indikatorer for god slagbehandling, sikre en lik og god håndtering av slagpasienter i Norge. Studien er basert på publikasjoner i Medline og de har benyttet seg av Cochrane-databasen for å identifisere metaanalyser av behandling som har vist effekt. Også indikatorer basert på anbefalinger av ekspertgrupper i Norge og internasjonalt er presentert i artikkelen. Rønning m/fl. mener at alle pasienter med symptomer på akutt hjerneslag bør innlegges som øyeblikkelig hjelp. Pasienter med forbigående symptomer forenlig med transitorisk iskemisk anfall (TIA) bør på lik linje med manifest hjerneinfarkt innlegges med en gang. Dette fordi etter TIA så inntreer halvparten av hjerneinfarktene de neste 90 dager og i løpet av de første 48 timene. På akuttmottaket bør det ligge skriftlige prosedyrer for hvordan slagpasientene skal behandles i akuttmottaket og for overføring til slagenheten for å unngå forsinkelser fra pasienten ankommer sykehuset til behandlingen kan starte. Personalet i akuttmottaket bør være opplært med henblikk på å starte generell behandling av pasienter med akutt slag. Tiden fra ankomst akuttmottak til slagenhet bør ikke overstige 60 minutter. Slagenheten bør være utstyrt med nevrologisk og kardiiovaskulær overvåking. Lege med høy kompetanse i diagnostikk og behandling av sykdommer i sirkulasjonssystemet, komorbiditet og risikofaktorer for hjerte og karsykdommer bør utrede pasienten. Sykepleiere bør ha god kunnskap om akuttmedisin, medisinske komplikasjoner, rehabilitering, tverrfaglig samarbeid og ha god kjennskap til validerte nevrologiske skåringsverktøy. Bemanningen på en avdeling med ti senger bør være: to leger, fem sykepleiere per dagvakt, 1-2 fysioterapeuter og 1-2 ergoterapeuter. Forutenom dette bør det være en slagsykepleier per fire senger og enheten bør ha tilgang på logoped, sosionom og psykolog. Alle medarbeidere bør gjennomgå systematisk opplæringsprogram og enheten bør organiseres etter prinsippet tverrfaglig behandling. Den viktigste ressursen for slagenheten er å ha et godt utdannet og motivert personale som er nødvendig for å opprettholde og holde ved like et terapeutisk miljø som er et miljø som skaper motivasjon for opptrening hos pasienten

gjennom kunnskap og entusiasme. Den beste behandlingen viser seg er kombinasjonen med akuttbehandling og tidlig rehabilitering på samme avdeling uten at pasienten flyttes. Gjennomsnittlig ligge tid på avdelingen bør være minst en uke, alternativt akuttbehandling og tidlig rehabilitering i slagenhet 1- 2 uker og deretter rehabilitering i hjemmet fulgt opp av kompetent rehabiliteringsteam. Alle med akutt hjerneslag skal mobiliseres tidligst mulig. Slagenheten må gi systematisk rehabilitering med vektlegging av funksjonell trening. Hoved og delmål for rehabiliteringen bør defineres i samarbeid med pårørende og pasient. God informasjon må vektlegges til pasient og pårørende og om problemer som kan oppstå som depresjon og angst, medikamentell behandling, symptomer på nytt slag og kontaktpersoner utenfor sykehuset. Slagenheten bør dokumentere god kvalitet ved å registrere bestemte kvalitetsindikatorer for god behandling, for eksempel tidsbruk fra mottakelse til CT og til slagenhet, andel pasienter vurdert med standardiserte skalaer, andel pasienter vurdert eller behandlet med trombolyse, eller andel pasienter behandlet i slagenhet. Kvalitetsindikatorene bør justeres gjennom regelmessige nasjonale ekspertvurderinger. Hovedbudskapet til Rønning m/fl. er at hjerneslag er en kompleks sykdom som krever bred kunnskap og at ved å benytte kvalitetsindikatorer så sikrer en pasienten en god og likeverdig behandling ved hjerneslag. Tilslutt kan sykehuset ved hjelp av indikatorer vurdere kvaliteten på slagbehandlingen.

3. TEORIDEL

Sykepleiedokumentasjon blir en viktig del i sykepleieprosessen og vil være hovedteori i oppgaven. Dette fordi sykepleiedokumentasjon er viktig for å sikre kontinuiteten i behandling og pleie for pasientene. Jeg vil også bruke Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker fordi hun skriver om mellommenneskelige forhold i relasjon med sykepleie. Dette fordi temaet jeg tar for meg går mye på holdninger mellom pasient og sykepleier.

Hjerneslag: Hjerneslag er en fellesbetegnelse på blødning fra hjernens blodårer (hjerneblødning) og på blodpropp som hindrer blodgjennomstrømning til hjernen (hjerneinfarkt). Hjerneinfarkt er den mest utbredte formen for hjerneslag (ca 80-85% av tilfellene) mens hjerneblødning er den tilstanden som er mest alvorlig (ca 10-15% av tilfellene). Hjerneslag er den nest vanligste dødsårsaken i verden, og er den tredje i vestlige

strøk. Og hjerneslag er den vanligste årsaken til nevrologisk funksjonstap (apopleksi), det vil si plutselig tap av kroppsfunksjoner på grunn av forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon. (Jacobsen m/flere, 2010)

Et hjerneslag kan gi forskjellige funksjonsutfall avhengig av hvor i hjernen skaden inntreffer og hvor omfattende blødningen eller infarkt er. Tidlig innsettende behandling kan begrense skadeomfanget og tidlig innsettende stimulering/rehabilitering kan fremme reparasjons og bedringsprosessene. (Jacobsen m/flere, 2010)

En rehabiliteringsmetode som er blitt mye brukt i rehabiliteringen av slagpasienter er Bobathkonseptet. Grunnleggeren Bertha Bobath var opptatt av at konseptet skulle være en tenke- og tilnæringsmåte hvor analyse av funksjon, bevegelse og bevegelsesproblemer stod sentralt. Behandlingens hovedmål var bedret funksjon basert på mer normal bevegelse som vil si bevegelse som er effektiv og hensiktsmessig i sine individuelle uttrykk. En holistisk tilnærming som inkluderte kognitive, perseptuelle og adferdsmessige faktorer var grunnleggende i konseptet. (Digernes et al 1986)

De mest typiske funksjonsutfall er halvsidige lammelser, følelsetap, svelgvansker, språkvansker, talevansker, synsfeltutfall, svekket balanse, uoppmerksomhet til en side (neglekt), bevissthetsendringer, reduserte mentale funksjoner, psykiske plager, smerte og blære- og tarmforstyrrelser, Funksjonsutfallene påvirker i varierende grad den slagrammedes evne til å utføre daglige aktiviteter og evnen til å fungere i hjem og samfunn (Jacobsen m/flere, 2010)

3.1 Sykepleieprosessen

En helhetlig prosess som består av to elementer. En problemløsende del og en mellommenneskelig del. Sykepleieprosessen er et verktøy for sykepleiere, i sitt arbeid med å identifisere pasientens problem, planlegge tiltak, iverksette tiltak og evaluere tiltak. Brukes i forbindelse med all sykepleie og er et viktig verktøy for sykepleiere (Heggdal, 2006)

Kort beskrivelse av de seks fasene i sykepleieprosessen:

1. Vurdering: Sykepleieren samler data om pasientens helsetilstand. En god sykepleievurdering består av både objektive (som å høre, se, lukte og føle) og subjektive data (pasientens personlige opplevelse som smerter, svimmelhet, kvalme, tristhet osv.). Vurderingene gjennomføres ved hvert møte med pasienten og disse opplysningene brukes til å evaluere problemene. (Gjengedal og Jakobsen, 2001)
2. Validering av data som betyr å bekrefte at opplysningene er presise og korrekte, organiserer data og dokumenterer disse i pasientjournalen. Diagnostisering: Sykepleieren analyserer dataene som er samlet inn ved å fortolke disse og formulerer en diagnose som dokumenteres i pasientjournalen. Hvordan er pasientens aktuelle helsetilstand? Hva påvirker den? Avgjøre hvilke diagnoser som krever sykepleie og hvilke som bør henvises til en annen faggruppe som for eksempel kan være fysioterapeuten ergoterapeuten eller legen. (Gjengedal og Jakobsen, 2001)
3. Forventede resultater fastsettes: Sykepleieren fastsetter forventede resultater/mål for den enkelte pasient. Hos pasienter med hjerneslag vil en tverrfaglig kartlegging være nødvendig for å finne ut eksakte symptomer og ressurser slik at pasienten får den best mulig rehabiliteringsbehandlingen. Et resultat utsagn er det motsatte av problemreaksjonen. For å formulere et resultat må en tenke: «hvis problemet er løst eller forebyggt hvordan vil pasienten se ut eller oppføre seg? Hva vil jeg som sykepleier kunne se, høre, lukte? Det brukes alltid aktive, konkrete, beskrivende ord i utsagn og mål: Ting som kan sees, høres, luktes, føles, eller måles.(Gjengedal og Jakobsen, 2001)
4. Planlegging av resultater: Sykepleieren utvikler en pleieplan som beskriver intervensjonene som skal til for å nå forventende resultater/mål for den enkelte pasient. Planleggingsfasen munner ofte ut i en skriftlig pleieplan. I en del tilfeller er planleggingen imidlertid en mental prosess som ligger i å ta avgjørelser om behandlingen. Sykepleiereren handler ofte uten en skriftlig plan men aldri uten en plan. (Gjengedal og Jakobsen, 2001)

Begrepet sykepleierintervensjoner er et samlebegrep for ulike begrep som tiltak, handling, behandling, terapi og aktivitet. Til forskjell fra enkelttiltak består sykepleieintervensjoner av en rekke ulike aktiviteter som bevisst er satt sammen for å løse et helseproblem. Dette omfatter:

- Selvstendige tiltak initiert av sykepleieren selv som resultat av en sykepleiediagnose.
- Samarbeidende tiltak der andre helsearbeidere også deltar.
- Delegerte tiltak der sykepleieren utfører forordnede tiltak fra lege eller andre samarbeidspartnere i behandling av pasientene.

Det omfatter også utførelse av daglige, essensielle funksjoner for pasienten og som pasienten ikke selv kan utføre (Heggdal 1999).

Tiltak kan beskrives med fritekst eller hentes fra klassifikasjonssystemer, veiledende sykepleieplaner, forventede forløp, prosedyrer og andre retningslinjer. Detaljeringsnivået må være slik at kontinuiteten kan ivaretas. Som hovedregel ifølge Heggdal (2007) skal dokumentasjonen av sykepleieintervensjoner/tiltak angis: Hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres, hvem som skal gjøre det og når det skal gjøres.

5. Implementering: Sykepleieren implementerer ved å handle og delegere intervensjonene som er fastlagt i pleieplanen. I denne fasen viser sykepleieren frem pleieplanen til de øvrige medlemmene av pleiegruppen og utfører eller delegerer handlingene til de andre. Sykepleieren sikrer at både pasient og sykepleier er forberedt før handlingen iverksettes, og det avgjøres om det er behov for assistanse eller undervisning. Sykepleiere delegerer en del oppgaver til hjelpepleiere og pleieassistenter og hun skal da sørge for at delegeringen er tilpasset deres utdanning og erfaring. (Gjengedal og Jakobsen, 2001)

I henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere så skal sykepleieren ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- eller omsorgs- funksjoner. (Sykepleien.no). Sykepleiere har da ansvaret for at oppgavene blir utført korrekt og det er sykepleieren som skal tolke data, planlegge pleien og evaluere resultatene.

6. Evaluering: Sykepleieren evaluerer pasientens fremskritt/resultater, evaluerer sykepleieprosessen og reviderer pleieplanen underveis slik at den er tilpasset de fremskrittene eller eventuell endringene som blir gjort underveis. Selv om målene ikke er nådd, kan en ikke uten videre gå ut fra at det er nødvendig å endre pleieplanen. Det kan være innflytelse fra pasienten, pårørende, eller andre faktorer som har innflytelse for at

pleieplanen blir vellykket. Derfor er det nødvendig å gå gjennom hvert enkelt trinn i sykepleieprosessen for hver pasient. (Gjengedal og Jakobsen, 2001)

Det kan se ut som at fasene følger hverandre logisk men slik tenker vi det ikke i praksis. Fasene vil overlape hverandre og det vil også være slik at vi hopper frem og tilbake mellom de ulike fasene på kort tid. For eksempel vil en pasient med hjerneslag kreve at vi samler og vurderer data, iverksetter tiltak, evaluere og samle data igjen samtidig. I møte med det enkelte mennesket og hans/hennes helse og livssituasjon så vil dynamikken tvinge seg frem i praksis. (Heggedal, 2006)

Rehabiliteringen etter hjerneslag er en sammensatt prosess som krever et tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringsprosessen. Her har sykepleieren en viktig koordinerende funksjon som skal sikre at pasientens behov blir ivaretatt. (Thommessen og Wyller, 2007)

3.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er født i New Orleans i USA i 1926 og ble ferdig utdannet sykepleier i 1946. Hun skrev boken *Interpersonal Aspects in Nursing* som første gang ble utgitt i 1966 og som i 1971 ble oversatt til norsk der hun presenterer sin teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Hun skriver i boken om sykepleie som en interaksjonsprosess med fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. Denne kom som et resultat av den avhumaniseringen som hun mente hadde skjedd i helsesektoren i USA etter andre verdenskrig. Hun hevdet at man trengte en humanistisk revolusjon hvor hvert enkelt individ skulle stå i sentrum.

Travelbee er opptatt av at mennesket er et unikt individ som er likt men også ulikt alle andre, som er gjennom hele livet i vekst, utvikling og endring. Hun sier at sykepleie handler om pasient, sykepleier og familie. Det er ikke handlingen som er målet men handlingen er et middel til å hjelpe et annet menneske. Travelbee fremhever i boken at sykepleieren blir utsatt for sin egen sårbarhet fordi hun gjentatte ganger blir eksponert for andres sårbarhet gjennom sykdom, lidelse og død. Og derav vektlegger hun betydningen av at sykepleieren må samtale om sine erfaringer og akseptere og erkjenne seg selv som menneske i møte med et annet menneske som er en forutsetning for å akseptere andre mennesker. Travelbee definerer

interaksjon som den innflytelse en kontakt har mellom to individer, og den verbale og nonverbale kommunikasjonen som oppstår. (Travelbee 2001)

Etableringen av menneske-til menneske forholdet blir bygd opp gjennom fem forskjellige faser ifølge Travelbee:

1. Det innledende møtet: I det første møtet dannes et førsteinntrykk basert på oppfatninger og forventninger til den andre. Inntrykk, observasjoner og vurderinger man gjør seg om den man møter danner en følelse av hvordan den andre er. Ved dette innledende møtet ser begge parter gjerne på hverandre ut fra stereotype antagelser, altså pasienten ser en sykepleier og sykepleieren ser en pasient. Selv om de ikke har møtt hverandre tidligere kan begge ha forutinntatte meninger om hverandre basert på tidligere erfaringer, møter eller fantasiforestillinger. Sykepleierens oppgave vil være å se pasienten som et individ og et menneske og gjennom dette kommunisere sin egen opplevelse som sykepleier.

2. Framvekst av identiteter: Her er vår evne til å se hverandre som unike menneskelige Individ som råder. Det stille krav til både sykepleieren og pasienten at de klarer å inngå en interaksjon og det er nå de begynner å knytte seg til hverandre. De ser hverandre mer som egne individer og fokuserer noe mer på hvordan den andre føler, tenker og oppfatter situasjonen. Grunnlaget for empatifasen legges her. Travelbee sier her at mennesker er svært forskjellige i evnen til å oppfatte og respondere på andre som unike individer. Det kan dreie seg om at man bruker seg selv som målestokk og måler andre opp mot seg selv, eller at det som er unikt med den andre oppfattes som truende og angstvekkende. Interaksjonen som bygges mellom sykepleier og pasient kan gi grunnlag for misunnelse hos begge parter og sykepleierens oppgaver blir i dette tilfelle å bevisstgjøre seg selv i hvordan hun oppfatter pasienten og hvordan hun klarer å se han som et unikt individ.

3. Empati:

Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Det er en prosess der den enkelte er i stand til å se forbi ytre adferd og fornemme nøyaktig den andres indre opplevelse på et gitt tidspunkt. (Travelbee 2001)

Empati oppstår ikke tilfeldig, det må hele tiden utvides, både på grunnlag av sykepleierens livserfaring og erfaringer fra andre møter med ulike pasienter. Det er vanskelig for et

menneske å forstå noe som man ikke kan på en eller annen måte knytte til sine egne erfaringer. Det handler om stå på utsiden men likevel kunne ta del i pasientens erfaringer av sorg, lidelse glede eller bitterhet, uten nødvendigvis ha vært i samme situasjon. Travelbee mener at resultatet av empatiprosessen er evnen til å kunne forutsi atferden hos den en har opplevd empati med. Det kan oppleves som vanskelig når det har oppstått en empatisk interaksjon fordi det kan oppstå situasjoner der pasienten enten synes han har avslørt for mye om seg selv eller at sykepleieren bruker informasjonen hun får på en måte som skaper et mistillitsforhold mellom dem. Empati er en prosess som begge deltar i, og fører ikke direkte til en gjensidig forståelse, men det er et viktig steg å ta for å kunne ta steget videre inn i neste fase som handler om sympati og medfølelse.

4. Sympati og medfølelse:

Ønsket om å lindre plager, som er fraværende i empati er et karakteristisk trekk ved sympati og medfølelse. Sympati og medfølelse er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Gjennom sympati og medfølelse blir den enkelte i stand til å forstå den andres plager, å beveges eller gripes av vedkommende ulykke og ønske å lindre eller avhjelpe situasjonen. (Travelbee 2001)

Travelbee sier at denne fasen kommer som et resultat av empatifasen. Sykepleieren viser gjennom engasjement og omsorg at hun har sympati og medfølelse for pasienten i hans situasjon, og at hun bryr seg om hans tilstand. Ved å involvere seg direkte knytter sykepleieren den syke til seg som menneske til menneske og meningsfylt kommunikasjon gir hjelp og støtte i en vanskelig tid. Vi formidler som sykepleiere sympati og medfølelse både verbalt og nonverbalt. Æmhet og medlidenhet for pasienten kan uttrykkes i ansiktsuttrykk, blikk eller bevegelse. Pasienten får en følelse av at sykepleieren bryr seg, og denne følelsen av sympati og medfølelse kan virke psykisk og fysisk godt for pasienten.

Å ha sympati og medfølelse er å gi noe av seg selv til andre, og å bli sårbar gjennom dette. Dette er altså ikke en del av den første fasen i å lære pasienten å kjenne, men det forsterker og utdyper forholdet mellom sykepleier og pasient. Det at sykepleieren viser sympati og medfølelse ovenfor en pasient kan i stor grad påvirke pasientens vilje til kamp mot sykdommen og mestring av sin situasjon. I noen tilfeller kan dette være avgjørende for pasientens vilje til å leve eller dø.

5. Tillit og gjensidig forståelse og kontakt:

Det er det overordnede målet for all sykepleie, og det forutsetter at sykepleieren og den syke

har gjennomgått alle de fire forutgående fasene. Tillit er ikke noe man har automatisk i lys av sin sykepleier rolle, den må opptjenes i samarbeid med pasienten. Man må vise at man er til å stole på, og at vi har kunnskap om det vi holder på med. En gjensidig forståelse og kontakt fordrer at sykepleieren gjennom sine handlinger lindrer den sykes plager og unngår å gjøre situasjonen verre for pasienten.

Gjensidig forståelse og kontakt oppleves vanligvis av begge parter, både sykepleieren og den syke, men på grunn av deres innbyrdes forskjellige stilling og bakgrunn, og fordi de begge er unike og forskjellige individer, er det innlysende at sykepleierens opplevelser vil være noe annerledes enn den sykes opplevelse. Den sykes opplevelse vil som regel også skille seg fra sykepleierens selv når begge er sammen om situasjonen. (Travelbee 2001)

Vi ser altså her at selv om disse to deler erfaringer og opplevelser er de to adskilte personer. Sykepleieren lærer den syke å kjenne ved en bevisst kommunikasjon og samhandling som dekker pasientens behov, en målrettet handling som på sikt igjen gjør at pasienten får tillit til sykepleieren som profesjonell og ivaretagende.

3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter.

*Begrepet "kommunikasjon" kommer av det latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles delaktiggjøre en annen, ha forbindelse med. (Eide & Eide 2007 : 17)*

Kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å opprette et mellommenneskelig forhold til pasienten, og gjennom dette oppnå målet for sykepleien. Målet for sykepleierens interaksjon med pasienten er å bli kjent med pasienten, bli klar over og tilfredstille pasientens behov for sykepleie og oppnå hensikten med sykepleien. For å nå disse målene kreves det av sykepleieren at hun har forståelse for hva som skal oppnås i interaksjonen (opprette et mellommenneskelig forhold, skape tillit).

Sykepleieren må ha forståelse for hvorfor hensikten med sykepleien skal nås (det teoretiske aspekt av sykepleieprosessen) og hvordan en skal kommunisere/samhandle slik at målet nås (det vil si inneha de nødvendige ferdigheter og evner til å opprette et menneske til menneskeforhold, og kunnskapene som ligger til grunn for disse ferdighetene. Sykepleieren må kjenne pasienten for å forstå, ikke bare de radikale og dramatiske endringene i pasientens tilstand men også for å observere de mer diffuse endringene. (Travelbee, 2001)

3.4 Organisering

Primærsykepleie er en måte å organisere sykepleietjenesten (Helsepersonelloven § 16).

Utgangspunktet er et helhetlig menneskesyn. Primærsykepleie skal gi muligheter for å ivareta kontinuitet, stabilitet og individuell pasientomsorg. Ved en rekke sengeposter har man i dag utviklet ordninger som på mange måter fyller intensjonen med pasientansvarlig sykepleier, bl.a. i de sengeposter som har prinsipper for primærsykepleie. Det vil kunne være behov for å tilpasse vakt- og turnusplaner for at kontinuiteten i forhold til pasienten skal bli best mulig.

Utvalget har ikke funnet det riktig å gå inn i hvordan intensjonen med pasientansvarlig sykepleier best kan gjennomføres i praksis, men mener at dette bør avgjøres av den som har et sykepleiefaglig ansvar i avdelingen. (NOU, 1997:2)

Definisjon av primærsykepleie:

Primærsykepleie er en organisasjonsmodell for sykepleietjenesten på postplan, hvor en fast sykepleier er tillagt det helhetlige ansvaret for planlegging, utøvelse og evaluering av den daglige sykepleien til en bestemt gruppe pasienter fra innkomst til utskrivning eller død. (Digernes et al 1986).

Primærsykepleieren har 24-timers ansvar for en gruppe pasienter og planlegger sykepleien til disse pasientene. Når sykepleieren ikke er på jobb har sekundærsykepleier ansvaret for pasienten (Digernes et al, 1986, Tomey, 2000). I primærsykepleien legges det vekt på at sykepleieren har totalansvaret for pasienten så lenge han mottar sykepleie på sykehuset eller annen institusjon. Sykepleiere ønsket ikke å stykke opp sykepleien til pasienten i deler og oppgaver. De ville ha pasientkontakt. Til grunn for dette lå filosofien om at pasienten skulle være sykepleierens fokus og ikke oppgavene knyttet til pasienten. Den enkelte sykepleieren skulle ha ansvar for fire til seks pasienter (Tomey, 2000).

Sentrale begrep som beskriver viktige funksjoner ved primærsykepleier er:

1. selvstendighet
2. ansvarlighet
3. autoritet

4. beslutningsmyndighet

5. kontinuitet

Primærsykepleieren står ansvarlig for de beslutninger som gjøres i forhold til planlegging og gjennomføring av sykepleien til pasienten. Retten til å handle selvstendig gjør den enkelte ansvarlig for mål og beslutninger vedrørende sykepleien (Digernes et al 1986). Kontinuitet i planlegging og oppfølging av pasienten er sentralt både i primærsykepleien og pasientansvarlig sykepleie, og er en forutsetning for å kunne utføre sykepleien etter prinsippene for primærsykepleie og pasientansvarlig sykepleie.

Primærsykepleie og pasientansvarlig sykepleie: felles trekk:

Ansvarlighet, autoritet(myndighet) og ansvarlig for pasientens problem.

Arbeidet henger sammen fra innleggelse til utskrivning.

Kontinuitet og varig kontakt

Desentralisering av avgjørelser. Beslutningsmyndighet.

Sykepleiedokumentasjon og kommunikasjonsvei viser prinsippene for organisering av omsorg.

Forandring i organiseringen av omsorgen viser faglig dyktighet.

Koordinering av det totale tverrfaglige behandlingstilbud.

(Digernes et al, 1986, NOU 1997:2).

4. DRØFTING

Jeg opplevde i praksis på medisinsk avdeling at slagteamet på en måte var overlagt hovedansvaret med å følge opp slagpasientene, og at sykepleierne ellers på gruppa gikk inn aktivt når de fikk beskjed om å gjøre det i forhold til aktivitet. Ofte kunne det være travelt på

avdelingen og da ble som regel disse oppgavene nedprioritert fordi dette var tiltak som tok lang tid. Tiltakene kunne for eksempel være at pasienten fikk komme opp og bli aktivisert med å gå tur i korridoren, eller at man tok seg tid til å aktivisere pasienten i sengen. Alt etter hvor store skader pasienten hadde pådratt seg under hjerneslaget.

Jeg har også opplevd som pårørende til min far som fikk slag i mai måned med mange helligdager, at pasientene ikke fikk trening i det hele tatt fordi det ikke var slagteam på jobb og avdelingen var travel og minimum bemannet på grunn av helg.

For å sikre at kontinuiteten skal opprettholdes gjennom hele sykehusoppholdet er organisering av avdelingens rutiner og prosedyrer i forhold til slagpasientene særdeles viktig. Forskning viser at slagenheten bør være geografisk avgrenset enten som en egen sengepost eller som en klart avskilt del av en sengepost, og med eget personale som har spesiell kompetanse på slag. Slagenheten bør ha mulighet for akuttmedisinsk neurologi og kardiiovaskulær overvåking og intervensjon. samt et standardisert opplegg for monitorering av fysiologiske parametre som hjerterytme, pulsfrekvens, blodtrykk, temperatur og oksygenmetning (pulsoksymetri).

Sykepleierne bør ha god kunnskap om akuttmedisin, medisinske komplikasjoner, rehabilitering, tverrfaglig samarbeid og ha god kjennskap til validerte neurologiske skåringsverktøy som for eksempel National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) eller Scandinavian Stroke Scale (SSS). (Rønning m/flere, 2007)

Sykepleieren har en viktig funksjon i å observere og identifisere symptomer på pasientens hjerneskade både i akutfasen og i det videre behandlingsforløpet for å se om det er forverring av pasientens hjerneskade og utvikling av eventuelle komplikasjoner. Pasientens tilstand observeres samtidig som utfallene etter hjerneslaget kartlegges. (Almås, 2010)

I følge Rønning m/flere vil det i en slagenhet med ti senger være behov for minst to leger, fem sykepleiere per dagvakt, 1 - 2 fysioterapeuter og 1 - 2 ergoterapeuter. En slagsykepleier per fire senger og enheten bør ha tilgang på logoped, sosionom og psykolog. Alle ansatte bør ha systematisk opplæringsprogram og enheten bør organiseres etter prinsippet om tverrfaglig behandling. Det bør være et kontinuerlig sterkt fokus på tidlig rehabilitering og det bør være et standardisert program for dette. Før alle tverrfaglige møter bør hver yrkesgruppe kartlegge utfall og ressurser hos pasienten og de tverrfaglige møtene setter behandlingsmål og utarbeider en plan for å nå disse målene. Møtene bør være formaliserte og minst en gang per

uke og i tillegg mindre tverrfaglige møter der ikke alle yrkesgrupper må være representert. Et godt utdannet og motivert personale er den viktigste ressursen for at slagenheten skal fungere optimalt. For at det terapeutiske miljøet skal holdes ved like er det nødvendig å understøtte personale, det vil si et miljø som skaper motivasjon for opptrening og rehabilitering gjennom kunnskap og entusiasme. Sengeposten bør kunne akuttbehandle og tidlig rehabilitering i samme avdeling uten at pasienten flyttes, og gjennomsnittlig liggetid bør være minst en uke. Alternativ til denne modellen kan være akuttbehandling og tidlig rehabilitering i slagenhet i en til to uker og deretter rehabilitering i hjemmet som er støttet av kompetent rehabiliteringsteam. (Rønning m/flere, 2007)

For at kontinuiteten skal overholdes er vi avhengig av at rehabiliteringen skjer hver dag gjennom hele uken og året. Det vil si at uansett helg eller helligdager så skal det være nok bemanning til å utføre rehabiliteringen og det krever at det er nok personell i avdelingen til enhver tid. Forskning viser at pasienter med hjerneslag trenger å komme raskt i gang med opptrening av ADL funksjonene for best mulig resultat.

Sykepleieprosessen er et viktig redskap som sykepleiere bruker for å sikre at kontinuiteten i behandling og pleien ivaretas på best mulig måte. Denne redskapen har som mål at vi blant annet skal finne frem til pasientens individuelle behov og i større grad tilpasse sykepleien til den enkelte pasient. (Heggedal, 2007)

Pasienter med hjerneslag har svært individuelle behov alt etter hvor mye de er rammet og hvor i hjernen de er rammet. Her blir det viktig å tilpasse rehabiliteringen til hvert individ, motorisk og kognitivt. For eksempel så kan en pasient som har fått hjerneslag på høyre side, få utfall på venstre halvside av kroppen. Pasienten vil da ha behov for hjelp til å trene opp sin venstre halvside for å kunne gjenvinne mest mulig av sin opprinnelige funksjon eller hjelp til å tilpasse seg en ny situasjon. Dette krever at rehabiliteringen inntreer raskt og skjer med regelmessig kontinuitet og god tverrfalig kommunikasjon mellom sykepleier og øvrig personell som har med pasienten å gjøre, og mellom pasienten og sykepleieren. Det er svært viktig i rehabiliteringen at sykepleieren er med på å bygge opp tillit til pasienten slik at pasienten føler seg ivaretatt og trygg i behandlingen. Pasienten vil sannsynligvis ha behov for motivasjon til å trene i en vanskelig periode der opplevelsen av å miste en del av sine funksjoner kan være svært tungt og vanskelig.

Sykepleieprosessen står for det sykepleierne gjør når de pleier pasientene. Den beskriver en egen tenkemåte som anvendes av sykepleiere. Sykepleieprosessen er en tilnæringsmåte til sykepleierens arbeid som dekker både tanke og handling. (Gjengedal og Jakobsen, 2001)

I Sykepleieprosessens problemløsende del er dokumentasjon viktig. Sykepleiedokumentasjon tjener mange ulike hensikter og kan brukes av både helsepersonell og pasienten.

Dokumentasjon er overordnet for å sikre at kontinuiteten av rehabiliteringen blir overholdt og ikke minst vite hvilke tiltak som skal settes inn i rehabiliteringen av pasienten med hjerneslaget. Sykepleiedokumentasjon ivaretar pasientens sikkerhet og målet er å sikre at pasienten får tilgang til opplysninger om hvorfor pleie og behandlingstiltak enten ble eller ikke ble satt igang, hvem som tok avgjørelser, hvem som utførte tiltakene og hva følgende ble. Målet er at pasientens interesser og rettigheter blir ivaretatt og at all informasjon skal være tilgjengelig for dem som skal ta avgjørelser om pleie og behandlingstiltak. Denne skriftlige og oppdaterte informasjonen vil på denne måten bidra til å ivareta pasientens sikkerhet. Er det slik at det er en dag der tiltak ikke er blitt utført for pasienten så skal dette dokumenteres om hvorfor det ikke er utført. På den måten blir sykepleien ansvarliggjort og det blir en større terskel man må overskride for å unnlate å gjøre ting. Målet med sykepleie er at pasienten skal bevege seg fra en tilstand med dårlig helse eller opplevelse av uhelse og lidelse til en retning av helse og velvære. En pasient med alvorlig høyresidig hjerneslag vil sannsynligvis være lammet i hele venstre side og vil derfor være avhengig av at rehabiliteringen skjer kontinuerlig og intenst i lang tid for at han skal kunne få tilbake det som er mulig av sine funksjoner. Gjenopptrening av tapte funksjoner er en læreprosess. Hjerne har stor evne til reorganisering også etter et hjerneslag. Den kan lære et bredt spekter av bevegelser, ikke bare hensiktsmessige, men også uhensiktsmessige og stereotype. Hva pasienten lærer, er avhengig av de bevegelseserfaringer han gjør. Det en ønsker å oppnå ved trening og stimulering, er bedre å påvirke danning av nye forbindelser. Korrekt stimulering av hjernen kan bare skje via sansene. Det viktigste for å utvikle og tilpasse sammensatte handlinger er stimulering ved berøring, stillingsendring og bevegelse. Visuell og auditiv informasjon er i denne sammenhengen sekundær. Pasienten lærer best ved å berøre og være i fysisk kontakt med omgivelsene fordi nervesystemet lærer ved å handle. (Almås, 2001)

For slagpasienter betyr dette en personsentrert, målrettet prosess som begynner første dag etter slaget. Målet er å forbedre funksjon og hindre tap av funksjonsevne, og å oppnå høyest

mulig grad av uavhengighet, fysisk, psykisk, sosialt og ervervsmessig. Rehabilitering handler ikke alene om trening og gjenvinning av fysisk funksjon, men også om å venne seg til ny livssituasjon samt reintegrering av personen i samfunnet (Helsedirektoratet.no)

Tidlig oppstart av oppgaverelatert trening gir god effekt trolig fordi hjernen er spesielt mottakelig for trening og læring i den første tiden etter en skade. Treningen fører til endringer i hjernen med nydanning av synapser, andre synapseforandringer, kortikal reorganisering og muligens også nydanning av hjerneceller. Hva pasienten lærer er avhengig av de bevegelseserfaringer pasienten gjør. Det har blitt utviklet ulike tilnæringsmåter for gjenopptrening av tapte funksjoner i slagrehabiliteringen. Bobath-konseptet er et behandlingsprinsipp innenfor fysioterapi der målet er å optimalisere funksjonen. Her står sentralt stimulering av den paretiske siden, øvelser for normalisere tonus ved inhiberings og fasiliteringsteknikker, samt ledet bevegelse (guiding). Eller Motor learning program som vektlegger helhet og mestring av oppgaver i et kjent miljø og som nødvendig benytter hjelpemidler for at pasienten skal bli mest mulig selvstendig. Behandlingsmetodene settes ofte mot hverandre men likhetene er etterhvert flere enn forskjellene. (Dietrichs m/flere, 2007)

Dokumentasjonen skal beskrive hvilke tiltak vi setter igang for å fremme denne bevegelsen. Dokumentasjonen blir et middel til å kvalitetssikre slik at leder av sykepleietjenestene og andre kan studere og vurdere sykepleien som er gitt og konsekvensen av helsehjelpen kan vurderes opp mot faglige standarder som er nedfelt i etiske retningslinjer og i kvalitetsmål som er utarbeidet i fellesskap med ledere og sykepleiere ved den enkelte institusjon. Av erfaring vet vi at kontinuitet i oppfølging og pleie er nødvendig for at pasienter med hjerneslag skal få en bedre helsetilstand. Pasientene synes det er en fordel at pleierne seg imellom er enige om hvordan de skal utføre pleie og behandling. Dette fører til at pasienten føler større grad av trygghet når tiltakene utføres noenlunde likt fra dag til dag. Dette kan gjøres ved å for eksempel å sette et kvalitetsmål om at sykepleieplanen skal være påbegynt innen et døgn etter at pasienten er innlagt. Da vil noe av hensikten være at en lettere får oversikt og fokus i arbeidet slik at en kan finne ut hvilke sykepleietiltak som er utført og virkningen av disse og en kan få støtte til å ta beslutninger om videre pleie fremover. (Heggdal, 2009)

Mine erfaringer har vist meg hvor viktig sykepleiedokumentasjonen er og at den er korrekt dokumentert. Flere pasienter og pårørende ønsker å lese sykepleiedokumentasjonen.

Dokumentasjonen blir brukt som informasjon i rettssak. Derfor er det av stor betydning at sykepleierne kan skrive sykepleiedokumentasjon. Kontinuitet i sykepleiernes tilstedeværelse hos pasienten skaper trygghet og forutsigbarhet for alle parter.

Formålet med sykepleieprosessen er å gi sykepleieren en ramme som de kan bruke når de skal beskrive pasientens helsetilstand og hvordan sykepleieren hjelper pasienten til å oppfylle ulike helsebehov. Sykepleieprosessen skal gi veloverveide men fleksible retningslinjer for planlegging, implementering og evaluering av effektiv individuell sykepleie. Ofte vil man oppnå dette med en skriftlig sykepleiefaglig eller tverrfaglig pleieplan men man skal huske på at sykepleieprosessen er noe lang mer enn en skriftlig pleieplan. Sykepleieprosessen er dynamisk og syklisk. Ordet prosess forteller om en forandring. Sykepleieren vurderer og observerer endringer i pasientens reaksjoner og funksjoner og foretar nødvendige revisjoner av pleieplanen. Hos en pasient med hjerneslag vil en kontinuerlig vurdering av tiltakene være essensiell for å finne ut hvilke tiltak som er best for pasienten. Det kan for eksempel være tiltak som går på å trene på personlig hygiene. Hva kan pasienten klare å gjøre selv og hva kan han trene på for å gjøre det bedre. Tidligere gjennomførte faser som vurdering og diagnose blir løpende revurdert. Fordi fasene griper inn i hverandre har prosessen ingen klar begynnelse eller avslutning. Den dreier seg om pasienten og det er pasientens behov som alltid vil komme først.

Sykepleieren motiverer pasienten til å ta vare på egen helse og så langt det er mulig ta beslutninger om egen pleie. Sykepleieprosessen er planlagt og resultatorientert. Det vil si at sykepleiehandlinger velges nøye utfra oppnåelsen av de beste resultater man ønsker for pasienten. Handlingene bygger på kjente prinsipper og vitenskapelig forskning og kunnskap fremfor tradisjonell kunnskap. Den skal være fleksibel, det vil si at man kan gå tilbake i prosessen eller endre den underveis. (Heggdal, 1999)

Det kan være at et tiltak som er satt i gang for å bedre for eksempel bevegelighet i venstre arm ikke gir forventet resultat og man deretter setter igang nye tiltak som kanskje vil fungere bedre for pasienten. Dette vil hele tiden evalueres underveis i rehabiliteringen og tiltak vil endres helt til de forventede resultatene oppnås hvis det er mulig. Sykepleieprosessen fokuserer seg på pasientens tilstand etter hjerneslaget og er individuelt tilpasset hver pasient.

Det vil si at pleieplanen er organisert slik at de beskriver pasientens helsetilstand (sykepleiediagnoser), og disse er som regel formulert som ressurser, problemer eller sunne forhold. Sykepleieprosessen er også en kognitiv tankeprosess. Det vil si at sykepleieren bruker kritisk tenkning for å anvende sin sykepleiekunnskap systematisk og logisk i forbindelse med pasientdata. De intellektuelle ferdighetene hjelper til å løse problemer og ta beslutninger. Beslutningstaking er en prosess som består i å velge den beste behandlingen for pasienten og er et viktig ledd i problemløsningsprosessen. Derfor er kunnskapen som sykepleieren kan om hjerneslag være svært viktig slik at tiltakene som settes inn er relevant for pasientens oppnåelse av tapte funksjoner. Til sammen vil dette sette sykepleieren i stand til å utlede betydningen og planlegge relevant pleie i forhold til pasienten.

Kritisk tenkning er rasjonell og fornuftig. Det vil si at den er basert på fornuftsargumenter istedenfor fordommer, favorisering, egoisme eller frykt. Man skal ikke velge noe bare fordi for eksempel kollegaen din har gjort det men man skal tenke fornuftig gjennom det og vurdere om du er enig og kan stå faglig ansvarlig for den beslutningen du tar selv. Du kan godt komme til samme resultat som din kollega men da har du tenkt rasjonelt gjennom det og gjør bruk av kunnskap, forskning, fakta og observasjoner som du har lagt til grunn for beslutningen. Refleksjon integrerer tidligere opplevelser med de nåværende og undersøker mulige alternativer. Ved refleksjon vurderer vi et bredt spekter av muligheter og ser på fordelene ved hver mulighet. Sykepleie er en praksisdisiplin som betyr at sykepleiere bruker grunnleggende kunnskap hver gang de står overfor en ny pasient med hjerneslag. Ifølge journalforskriften skal behandling, sykepleie og annen oppfølging som settes i verk, dokumenteres i pasientjournalen. Forskriften sier videre at råd og informasjon gitt til pasient og pårørende skal dokumenteres. Overveielser som har ført til tiltak som avviker fra gjeldende retningslinjer, skal også dokumenteres. Det bør i tillegg komme fram hvilke planlagte tiltak som eventuelt ikke ble iverksatt, og hvorfor de ikke ble iverksatt. Å dokumentere sykepleietiltak innebærer med andre ord å beskrive tydelig hvilke tiltak som planlegges gjennomført, hvilke tiltak som har blitt gjennomført, eventuelle avvik fra planen og begrunnelser for disse. Uansett om man benytter prosedyrer, veiledende sykepleieplaner eller klassifikasjonssystemer, er det i tillegg viktig å dokumentere en individuell tilpasning til den enkelte pasient (Heggdal 1999).

Ved å innføre primærsykepleie på avdelingen sørger man for at sykepleieren får faste pasienter de skal være ansvarlige for og det vil være lettere for pasient og pårørende og ha en fast sykepleier å forholde seg til under innleggelsen. For pasienter med hjerneslag vil det være særlig gunstig at pasienten og pårørende har en fast sykepleier som har hovedansvaret for å følge opp behandlingen og se til at det videre forløpet skjer til det beste for pasienten.

Viktige målsetninger er nærhet til pasient/ pårørende, tilgjengelighet, kontinuitet og rettssikkerhet. Primærsykepleie innebærer at en autorisert helsearbeider har hovedansvaret for omsorgen og kontakten med den enkelte pasient og dens pårørende. (NOU,1997:2)

Primærsykepleier utfører alle aktuelle sykepleieaktiviteter til pasientene som de har ansvar for og deres pårørende i det tidspunkt som sykepleieren er på vakt og så lenge pasienten er innlagt. Dette kan forstås som at primærsykepleie legger vekt på et nært sykepleie – pasient forhold, et terapeutisk forhold. Dette er ikke så klart definert i anbefalingen av pasientansvarlig sykepleie. Det kan se ut som at pasientansvarlig sykepleie legger vekt på sykepleieren som leder og koordinator av pleien. Pasientansvarlig sykepleier vil være hos pasienten og delta i den helhetlige omsorgen for pasienten, men enkelte ganger vil hun være opptatt med å koordinere andre funksjoner og avtaler som inngår i pasientens behandling. Skal helhetlig sykepleie fungere må koordineringsansvaret tas på alvor (Jacobsen, 2005).

Primærsykepleieren har også ansvar for at all dokumentasjon som er påkrevd følger pasienten.

Pasientjournalforskriftens § 8 krever at uttalelser som gis om pasienten, status ved utskrivelse, og all informasjon som utveksles med annet helsepersonell skal dokumenteres. I forskriftens § 9 presiseres det at ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig helsehjelp. (Lovdata.no)

Sykepleiere skriver sammenfatning av den helsehjelp som sykepleier har hatt ansvar for, med tanke på anvendbarhet for den som skal følge opp pasienten etter utskrivelse. Det skal skrives resymé av den helsehjelp som er gitt (sykepleiers del av denne), pasientens status (resultat av sykepleieintervensjon), sykepleiers vurdering av eventuelle oppfølgingsbehov, og det skal

tydelig gå fram hvem som mottar kopi av dokumentet. Epikrise bør følge pasienten ved utskrivelsestidspunktet. Pasientens status ved utskrivning skal beskrives, uavhengig av om pasienten skal ha oppfølging annet sted.(Lovdata.no)

Tomey (2000) beskriver noen negative sider ved primærsykepleie som for eksempel at pasienten har en primærsykepleier som ikke innehar den faglige kompetansen som forventes. Eller det kan være at sekundærsykepleieren forandrer pleieplanen uten å kommunisere med primærsykepleier. Dette kan føre til at pasienten ikke får den sykepleien som han trenger. God kommunikasjon mellom primærsykepleier og sekundærsykepleier, og gode sykepleiefaglige kunnskaper, er av stor betydning for at primærsykepleien skal fungere på sengeposten(Tomey, 2000).

Rehabilitering etter hjerneslag er avhengig av et tverrfaglig samarbeid med felles målsetting. Det innebærer en tilpasning og samkjøring av fagpersoners tiltak gjennom kontinuerlig kommunikasjon. Hver faggruppe har visse funksjonsområder felles med andre, og oppgaver som også andre kan ivareta. I tillegg har hver faggruppe sine områder der de har ekspertise, og oppgaver som bare de kan utføre. (Almås,2001).

Det at en sykepleier er tilstede gjennom hele døgnet og hele uken, gjør sykepleierens innsikt, kunnskap og holdninger avgjørende for rehabiliteringsresultatet, ved at pasienten unngår komplikasjoner og ikke mister motet underveis i rehabiliteringen. Det er identifisert fire funksjoner i rehabilitering av slagpasienter som oppsummerer sykepleierens spesielle oppgaver: Sykepleieren har en fortolkende funksjon, en støttende funksjon, en integrerende funksjon og en bevarende funksjon. (Almås, 2001)

5. KONKLUSJON

Hensikten med min litteraturstudie var å belyse betydningen av en organisert behandlingsskjede for pasienter som er rammet av hjerneslag, og det tverrfaglige samarbeidet rundt disse pasientene.

Hovedfunnene viser at en organisert behandlingkjede har positiv effekt på rehabiliteringen for å oppnå best mulig resultat. Og at tverrfaglig samarbeid og overføring av kunnskap og ferdigheter sikrer kontinuitet og kvalitet i rehabiliteringsprosessen for pasienter som er rammet av slag.

En sykepleiers ansvar er blant annet å sørge for at denne kontinuiteten blir fulgt slik at pasientens skader og omfang begrenses mest mulig.

De siste tiårene har gitt ny innsikt i hjernens plastisitet og denne kunnskapen åpner opp nye muligheter for slagrehabilitering. Ny forskning viser at tidlig og aktiv rehabilitering øker sjansen for at slagpasientene skal klare å gjenvinne tapte funksjoner. Plastiske forandringer i hjernen etter slag gjør at nydannelser av synapser og endringer i funksjonen av eksisterende synapser, kortikal reorganisering og sannsynligvis at nye hjerneceller dannes. Evnen til at disse plastiske endringene i cortex synes å øke i tiden rett etter en skade. Kliniske studier har vist at intensiv rehabilitering etter slag er bedre enn moderat trening for å gjenvinne motorisk funksjon. Vi vet enda ikke hva som er den mest ideelle form for rehabilitering for slagpasientene men vi vet at det er behov for motivasjon, tilstrekkelig mengde med trening og at treningen er intensiv og foregår over tid. (Dietrichs, m/flere 2007)

LITTERATURLISTE:

Almås, Hallbjørg. Stubberud, Dag-Gunnar. Grønseth, Randi (red). (2010) «*Klinisk Sykepleie 2*» Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

Dalland, Olav. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eide, Hilde. Eide, Tom. (2010). «*Kommunikasjon i relasjoner*». Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Heggdal, Kristin. (2006). «*Sykepleiedokumentasjon*». 2 utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

Jacobsen, Dag, Kjeldsen, Sverre Erik, Ingvaldsen, Baard. Buanes Trond. Røise Olav. (2010). «*Sykdomslære, indremedisin, kirurgi og anestesi*». 2 utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

Lovdata. (2013). <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html>
(10.04.2013)

Ranhoff, K. (2008). Den gamle pasienten. I: Kirkevold, M. Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.). *Geriatrisk sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Selvvalgt litteratur:

Dietrichs, Espen. (2007). «*Hjernens plastisitet-perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag*». Legeforeningen.no. <http://tidsskriftet.no/article/1528664>(12.03.2013). =5 sider

Digernes, A. S., Areklett, E., Botnen, A. (1986). Primærsykepleie i praksis- fra ide til virkelighet. Gjøvik: Universitetsforlaget = 25 sider
Gjengedal, Eva. Jakobsen, Rita. (red.) (2001). «*Sykepleie, praksis og utvikling*». Oslo: Cappelen Akademiske Forlag. =33 sider

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Helsedirektoratet.no <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon/Publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon.pdf> (14.03.2013)=11 sider

Helse og Omsorgsdepartementet.(2013). «*St.meld. nr. 21 (1998-99)*» . Regjeringa.no:<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-2/1.html?id=431043> (18.03.2013) =7 sider

Helse og Omsorgsdepartementet, (2013). NOU 1997: 2. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Regjeringa .no: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-2.html?id=140689> (06.04.2013) = 20 sider

Jacobsen, R.(2005). Klar for fremtiden?- om kvalitet, endring og teamarbeide i sykepleieleidelsen. Oslo: Gyldendal Akademiske. =11 sider

Thommessen, Bente og Wyller, Bruun Torgeir. (2007). «*Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag*». Legeforeningen.no <http://tidsskriftet.no/article/1528302>(14.03.2013)=5 sider

Rønning, Ole Morten. Thommassen, Lars. Russell, David. (2007). «*Kvalitetsindikatorer for behandling av akutt hjerneslag*». Legeforeningen.no: <http://tidsskriftet.no/article/1527877> =5 sider

Travelbee, J.(2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utgave 1999) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 29-49, 135-218)= 165 sider

Tomey, A. M. (2000). Nursing management and leadership. USA: Moseby,Inc. =13 sider

Totalt: 300 sider