



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for helsefag

Kandidatnummer

Hilde Marie Kynneggen Lilleåsen, Guri Linda Bakken Sørslett og

Bente Blindheim

112, 109, 106

Veileder Gunvor Stensrud

4REFHR40 Fordypningsoppgave i emnet helhetlig rehabilitering

«Det lyt berre gå»

en litteraturstudie som handler om å fremme håp og mestring hos slagpasienter i rehabiliteringsprosessen

Tverrfaglig videreutdanning i rehabilitering 2013-2015

Innlevering 29. mai 2015

Antall ord: 10423

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Ikkje dytt

Ikkje dytt,
Eg må få gå trappa sjøl.
Vil du gå fortare med andre pausar;
så er det greit det.
Eg går ikkje fortare enn eg går, eg.

Ikkje dytt!
Eg må få stå her ei stund,
-Kvila, kava, gråte, le.
-Rygga og setja foten ned att på
Forrige trinn – kjenne ekstra etter om
eg er ferdig til å gå vidare.

Ikkje dytt!
Det er så vondt å snubla.
Eg gjer det likevel, men då er det på
Min måte –
Det er tryggast for meg.

Ikkje tru at trappa er lettare å gå
Fordi du veit kva neste trinn heiter.
Men det er fint at du vinkar.
Det er trygt å ha deg saman med meg,
For eg leitar etter nokon å halda i.

Fint å ha nokon bak ryggen, nokon
Som kjenner trappa.
Det er tungt å gå åleine,
Fint å ha deg der, men ikkje dytt!
Eg kjem i mitt eget gangalag eg.
Det er fint å sjå at andre har kome seg opp.
Eg er i seget,
Men ha tolmod med meg!

Gudrun Lid Sæter

Sammendrag

Bakgrunn: ca.16000 personer rammes av hjerneslag hvert år. I dag er det en av de vanligste årsakene til alvorlig funksjonshemming. Hjerneslag oppstår akutt og er vanskelig og utfordrende. Pasienten rammes fysisk, psykisk og sosialt. Rehabiliteringen må starte så snart som mulig.

Hensikten: Er å tilegne oss kunnskap om og å øke vår forståelse for hvordan vi som sykepleiere gjennom en personsentrert kommunikasjons og refleksjonsmodell, som metode, kan hjelpe slagpasienter, i sin nye livssituasjon, med å fremme håp og mestring på en best mulig måte i rehabiliteringsprosessen. Metoden heter Guidet Egen-Beslutning.

Problemstilling: Hvordan kan vi fremme håp og mestring hos pasienter med hjerneslag i rehabiliteringsprosessen?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie basert på fag -og forskningsartikler, egenvolgt litteratur og egne erfaringer. Litterære oppgaver bygger på eksisterende litteratur og erfaringer fra praksis for å belyse et tema eller en problemstilling (Dalland, 2007).

Sammendrag: Håp og mestring er en viktig del i rehabiliteringsprosessen. Etter et hjerneslag er det viktig at pasienten får hjelp med å finne sine egne ressurser til å forstå og håndtere livets nye utfordringer. Funn fra studien av Zoffmann (2004) viser at Guidet Egen-Beslutning som metode har god effekt på pasienter med dårlig regulert diabetes og kan tilpasses og overføres til ulike kroniske sykdommer for å fremme håp og mestring.

Nøkkelord: hjerneslag, mestring, håp, rehabilitering, Guidet Egen-Beslutning empowerment, kommunikasjon.

Innhold

INNHold	6
1. INNLEDNING	8
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	8
1.2 AVGRENSNING OG OPPGAVENS OPPBYGGING	9
2. METODE	10
2.1 LITTERATURSTUDIE.....	10
2.2 SØKEHISTORIKK	11
2.3 KILDEKRITIKK.....	11
2.3.1 <i>Kriterier for valg av artikler</i>	12
2.3.2 <i>Vurdering av validitet og reliabilitet</i>	12
3. TEORETISK PERSPEKTIV	13
3.1 HJERNESLAG	13
3.2 REHABILITERING.....	15
3.3 BRUKERMEDVIRKNING OG EMPOWEMENT.....	16
3.4 ANTONOVSKYS TEORI OM OPPLEVELSE AV SAMMENHENG OG MESTRING.....	17
3.5 HÅP.....	19
3.6 HELSEKOMMUNIKASJON	19
3.6.1 <i>Veiledning</i>	20
3.6.2 <i>Guidet Egen -Beslutning</i>	21
4. HVORDAN KAN VI FREMME HÅP OG MESTRING HOS PASIENTER MED HJERNESLAG I REHABILITERINGS-PROSESSEN?.....	23
4.1 HVORDAN KAN VI BRUKE HELSEKOMMUNIKASJON MED NY REFLEKSJONSBASERT METODE I REHABILITERINGSPROSESSEN?.....	24

4.2	HVORDAN VIL VI INNVOLVERE BRUKERMEDVIRKNING OG EMPOWERMENT I REHABILITERINGSPROSESSEN?	28
4.3	HVORDAN KAN PASIENTEN STÅ I FOKUS I SIN EGEN REHABILITERINGSPROSESS ETTER HJERNESLAG? 29	
4.4	HVORDAN KAN VI SOM SYKEPLEIERE FREMME HÅP, MESTRING OG OPPLEVELSE AV SAMMENHENG I REHABILITERINGSPROSESSEN?	31
5.	KONKLUSJON	35
	LITTERATURLISTE	36
	VEDLEGG 1. PICOSKJEMA	
	VEDLEGG 2. SØKEHISTORIKK	

1. Innledning

I Norge rammes ca. 16000 personer av hjerneslag hvert år. Et hjerneslag får store konsekvenser, ikke bare for den som er rammet men for hele familien. Det endrer både personlige relasjoner, kommunikasjon og identitet. Den slagrammede er ofte trøtt selv om de har sovnet i flere timer og kan ha problemer med språk og tale, mange sliter med angst og depresjon og får problemer med sosiale relasjoner (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Om lag 25 prosent av de som rammes er under 65 år. Ifølge en internasjonal studie (Feigin, 2013) har antall slagtilfeller blant arbeidsføre personer økt med hele 25 prosent på verdensbasis de 20 siste år. Om denne trenden gjelder for Norge også er uvisst, men det de fleste forskere er enige om er at så lenge dødeligheten av hjerneslag går ned, vil antall mennesker med pleiebehov øke (Feigin, 2013). Hjerneslag skjer ofte plutselig og uten forvarsel. Mange av de som blir rammet av hjerneslag vil trenge rehabilitering, og vil være avhengig av hjelp og støtte av andre mennesker og samfunnet. Det er urealistisk å tro at alt skal bli som før hjerneslaget. Forskning viser at tidlig og aktiv rehabilitering øker sjansen for å gjenvinne tapte funksjoner (Lerdal, Lee, Bakken, Finset & Kim, 2012). Målet med rehabilitering er at man skal bli så uavhengig som mulig. Det er viktig at rehabiliteringen forankres i den slagrammedes livssituasjon og det livet som skal leves videre, uansett på hvilke arenaer rehabiliteringen foregår (NHRS, 2010). I Stortingsmelding Nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*, vektlegges det å skape gode forutsetninger for at hver enkelt pasient skal kunne ta ansvar for egen helse. Helsepersonell har en forpliktelse til å forsøke å redusere risikoen for fremtidig helseskade for den enkelte pasient. Individuelt forebyggende arbeid kan medvirke til at pasienten får større innsikt og gjør bevisste valg vedrørende helsen, noe som styrker opplevelsen av håp og mestring.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Utfra valgt tema har vi gitt problemstilling for denne oppgaven følgende utforming:

Hvordan kan vi fremme håp og mestring hos pasienter med hjerneslag i rehabiliteringsprosessen?

1.2 Avgrensning og oppgavens oppbygging

For å avgrense oppgaven har vi valgt pasienter som er rammet av hjerneslag under 65 år i rehabiliteringsprosessen. Rehabilitering utøves av mange faggrupper i ulike sektorer og på tvers av nivåer. I vår oppgave ønsker vi å avgrense rollen som profesjonell hjelper og der vi bruker «vi» begrepet til å være sykepleier. Rehabilitering etter et hjerneslag er en prosess hvor hensikten er å hjelpe pasienten til å gjenvinne funksjon eller kompensere for tapt funksjon for å bedre livskvalitet og redusere behov for hjelp fra andre. Målgruppen og tema finner vi aktuell og relevant da vi går videreutdanning i tverrfaglig rehabilitering og har tilegnet oss ny kunnskap under studiet.

Tittelen vi har valgt på oppgaven vår «*det lyt berre gå*» har vi tatt etter ide fra en av studiene i doktorgradsavhandlingen, *Når kvinner rammes av hjerneslag*, av K. Kvigne (2004) hvor hun beskriver meningsbetydningen av situasjonen med livet etter hjerneslaget. I disse meningsbetydningene er strevet eller kampen, livsmotet og pågangsmotet sentralt, noe vi fant relevant for pasientgruppen vår.

Problemløsningen vil først bli belyst gjennom relevant teori om problemstillingens begreper. Kapittelet om metode inneholder oppgavens fremgangsmåte, der vi blant annet vurderer oppgavens validitet og reliabilitet. I kapittel 3 redegjør vi for oppgavens teoretiske referanseramme ut i fra problemstillingen vår. Kapittel 4 vil bestå av drøfting der vi setter forskning, teori, erfaring og praksis opp mot problemstilling, og videre i kapittel 5 er det et avsluttende kapittel hvor vi oppsummerer oppgaven i sin helhet.

2. Metode

I dette kapitlet vil vi beskrive hva en metode er og hvordan vi har brukt den for å kunne svare på problemstillingen vi har valgt. Vi vil også vise til fremgangsmåten for hvordan vi har søkt for å finne litteratur og forskningsartikler. I oppgaven vår velger vi i teoridelen å benytte oss av eksisterende fag – og forskningslitteratur. I drøftingsdelen analyserer vi faglitteraturen som er brukt, og argumenterer for og i mot ved bruk av forskningsartikler, egne erfaringer fra praksis og egenvalgt litteratur. Dalland (2007) sier at metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Aubert definerer metode som:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i et arsenal av metoder» (Aubert, 1985.s 196).

Valg av metode er også avhengig av hvilke spørsmål man vil finne svar på. Kvalitativ metode er strategier for å beskrive og analysere karakteristikk og egenskaper eller kvaliteter ved fenomener som skal studeres (Dalland, 2007). Fenomener kan for eksempel være opplevelsen av hvordan den nye livssituasjonen er etter og ha blitt rammet av hjerneslag. Kvantitativ metode tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som systematiseres ved hjelp av ulike former for statistisk metode, som det å finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde. Metoden bygger på tall, og besvarer spørsmålet om «hvor mye» (Dalland, 2007).

2.1 Litteraturstudie

Dalland (2007) skriver at litterære oppgaver bygger på eksisterende litteratur og erfaringer fra praksis for å belyse et tema eller en problemstilling. Denne oppgaven er en litteraturstudie, da vi har anvendt pensumlitteratur, forskningsartikler, og egenvalgt litteratur som er markert med stjerne(*) i litteraturlisten. En kvalitativ tilnærming kan sees å være godt egnet da vi tolker data, beskriver og går i dybden på det vi vil ha svar på. Denne metoden er en fremgangsmåte for å innhente ny kunnskap vi trenger for å belyse problemstillingen vår på en faglig måte.

2.2 Søkehistorikk

Vi startet med artikkelsøk tidlig i skriveprosessen da vi hadde veiledningsseminar i klassen hvor hver gruppe la frem for klassen hvilke tema vi skulle skrive om. Ved søk etter relevant litteratur benyttet vi oss av Cinahl, SveMed+, Oria og Google Scholar, som er databaser vi har tilgang til gjennom Høgskolen og hjemme. Vi har også tatt utgangspunkt i pensumlisten for videreutdanningen og egenvalgt litteratur. Ved å følge bibliotekets anbefalinger fant vi gode Mesh-termer ved å bruke SveMed+. Google Scholar kunne vi bruke hvis vi ikke fant fulltekst i de andre databasene. For å danne en struktur i litteratursøket benyttet vi PICO-skjema. PICO-skjema er et nyttig verktøy for å sortere og holde orden på litteratursøkene. Vi har valgt å legge PICO-skjema og søkehistorikk med valg av artikler med antall treff som vedlegg. Søkeord som er blitt anvendt er hjerneslag, stroke, mestring, coping, håp, hope, rehabilitering, rehabilitation, Guidet Egen-Beslutning, self-determination, shared decision-making, sykepleier, nurse, empowerment, kommunikasjon, communication, brukermedvirkning, patient-participation, Zoffmann. Vi har brukt disse ordene hver for seg samt kombinert de med AND i mellom søkeordene og OR dersom det var ord av samme betydning. I de fleste databaser kan vi kombinere søkeord på tre forskjellige måter: med AND, OR eller NOT. Disse tre kalles boolske operatører (søk og skriv, 2014) Siden vi ønsket å finne så ny og relevant forskning som mulig ble årstallet vi søkte på avgrenset fra 2004 og frem til i dag.

2.3 Kildekritikk

“Kildekritikk betyr å vurdere, og karakterisere den litteraturen som er benyttet. Det gjelder også andre kilder som benyttes” (Dalland, 2007. s 70). Det brukes ulike metoder for å kunne skille på de faktiske opplysninger og det som er spekulasjoner i litteraturen (Dalland, 2007). Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få et innblikk i de refleksjoner som er gjort i oppgaven for å vurdere om litteraturen som er benyttet er relevant i forhold til å kunne belyse problemstilling (Dalland, 2007). Vi har benyttet oss av Høgskolens databaser og bibliotekets tjenester. Videre har vi benyttet oss av internett til å søke opp fagartikler og annen relevant litteratur. De engelske forskningsartiklene kan lett mistolkes da oversettingen og betydningen av ord og setninger kan være feil. Helsevesenet i Norge og andre land er svært ulike, men vi mener at teorien er den samme og derfor ser vi på den internasjonale litteraturen vi har brukt som relevant. Utførelsen av sykepleien kan derimot variere, ut i fra

ulik kultur og religion. En slagpasient vil ha de samme symptomer verden over, derfor vil sykepleieren møte de samme utfordringene i Norge som i andre land. Vi har benyttet både primær- og sekundær litteratur. Ved bruk av sekundærlitteratur har vi vært kritisk i forhold til om kilden har vært troverdig og at sekundærforfatteren ikke har feiltolket primærforfatterens budskap og meninger. Våre erfaringsbaserte vurderinger vil være subjektive og kan da ikke generaliseres. Dette vil være en svakhet ved oppgaven, men gir derimot en erfarings basert vinkling. All litteratur og forskningsartikler som er benyttet i oppgaven er av nyere dato foruten litteratur fra Lazarus og Folkmann, Stortingsmelding Nr. 16, og Antonovvsky. Litteraturen som er blitt benyttet er skrevet opp i referanselista.

2.3.1 Kriterier for valg av artikler

Et av kriteriene til de vitenskapelige artiklene vi har brukt var at de skulle være oppbygd etter IMRoD-modellen. Denne går ut på at teksten består av I-innledning, M-metode, R-resultat og D-diskusjon (søk og skriv, 2015). I og med at det finnes mye litteratur på området rundt det å fremme mestring og håp gjennom kommunikasjon hos hjerneslag pasienter, satte vi opp noen kriterier for artiklene: forskningen bør være utført i land som har noenlunde lik kulturforståelse som i Norge. Den skal ikke være eldre enn 12 år, og skal være skrevet på nordisk eller engelsk. Artiklene må være relevant opp i mot nøkkelordene vi brukte som søkeord og forskningen må være utført i land som har lik kultur som Norge.

2.3.2 Vurdering av validitet og reliabilitet

En vesentlig del av forskningsprosessen består i kontinuerlig vurdering av kvaliteten på den forskningen man har utført. Begrepet validitet sier noe om de kildene vi har brukt, må være relevante og gyldige i forhold til tema i oppgaven(Dalland, 2007). Litteraturen og forskningen vi har benyttet har vi valgt, fordi vi mener den er relevant for å belyse vår problemstilling. De erfaringer vi trekker frem er på et generelt grunnlag og kan ikke knyttes opp mot enkeltpasienter. Reliabilitet sier noe om dataens pålitelighet. Det vil si at data må samles inn på en måte at de er pålitelige og i størst mulig grad være fri for unøyaktigheter. Vi har sett på hvor forskningen er publisert, og om tidsskriftene er pålitelige og fagfelleverderte. At de er fagfelleverderte betyr at de er godkjent av eksperter innenfor fagområdet, og påliteligheten styrkes (Dalland, 2007). Disse begrepene betegner kriterier som gir uttrykk for hvor god kvalitet det er på forskningsarbeidet.

3. Teoretisk perspektiv

Hensikten med dette kapitlet er å belyse overordnede begreper og teori som ligger til grunn for oppgaven. Kapitlet vil gi en fremstilling av ulike teoretiske perspektiv ved å vise til forskning som er relevant for oppgaven. Teori vil si at vi har en antakelse eller en formening om noe, hensikten med teorien er at vi skal komme fram til den enkleste og den beste beskrivelsen av virkeligheten (Dalland, 2007). Vi ønsker å belyse og tilegne oss kunnskap om å øke vår forståelse av hvordan vi som sykepleiere gjennom en personsentrert kommunikasjons – og refleksjonsmodell kan hjelpe pasienter som er blitt rammet av slag med å fremme håp og mestring på en best mulig måte i rehabiliteringsprosessen.

Sykepleie fokuserer på hele mennesket, og er opptatt av menneskets erfaringer med helse og sykdom. Dette går tydelig fram av Travelbee`s (2011,s 29) definisjon av sykepleie; «sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene»

3.1 Hjerneslag

Hjerneslag (apoplexia cerebri) er en av våre største og alvorligste folkesykdommer. Hvert år rammes mellom 15-16.000 personer (Kirkevold & Kouwenhoven, 2013). Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken i de industrialiserte land, og den vanligste årsaken til nevrologiske funksjonstap (Kirkevold & Kouwenhoven, 2013). Sykdomstilstanden kan innebære dramatiske konsekvenser for den enkelte som blir rammet av slaget, for pårørende, for helsetjenesten og for samfunnet.

Hjerneslag er en plutselig lokal skade på hjernen grunnet oksygenmangel og celledød som følge av utilstrekkelig blodtilførsel til et område i hjernen (Adams, H., Adams, R., Zoppo & Goldstein, 2005). Verdens Helseorganisasjon WHO sin definisjon på hjerneslag er: «en rask utvikling av kliniske tegn på fokal eller global forstyrrelse av cerebral funksjon som varer mer enn 24 timer eller fører til død, hvor ingen annen årsak enn vaskulær svikt er sannsynlig» (Indredavik, 2004).

Hjerneslag rammer som regel akutt, men kan også utvikle seg over timer, det vil si progredierende slag. Den medisinske forskningen har vist at akutt hjerneslag på samme måte som hjerteinfarkt må behandles som en «blålys»-sykdom (Kirkevold, 2014).

Typisk for hjerneslag er altså at symptomene kommer meget raskt. Pasienter som er blitt rammet av slag har 90 % ett eller flere symptomer som er kalt såkalte FAST symptomer. FAST kriteriene er et hjelpemiddel for raskt å kunne sortere ut pasienter med sannsynlig hjerneslag (Kirkevold, 2014).

Faktaboks: Symptomene på hjerneslag

F	Fjes	Lammelse i fjes
A	Arm	Lammelse i arm
S	Språk	Språkforstyrrelse, finner ikke ord
T	Tale	Taleforstyrrelse, utydelig tale

Ved slike symptomer må det ringes 113 umiddelbart slik at pasienten kommer raskest mulig til sykehus (NHRS 2010)

Hjerneslag kan patologisk deles inn i to former: hjerneblødning og hjerneinfarkt. I rundt 85 % av tilfellene skyldes slaget et hjerneinfarkt på grunn av at blodtilførselen til et område i hjernen stopper opp. Den andre og enda mer alvorlige formen er hjerneblødning, ca. 15 %, som skyldes at en blodåre sprekker (Wyller, 2011).

Høyt blodtrykk er den best dokumenterte risikoen for hjerneslag. Røyking, høyt kolesterol, diabetes, overvekt, forstyrrelser i hjerterytmen, fysisk inaktivitet og genetiske årsaker er andre risikofaktorer (Mathiesen, Mjølstad & Joakimsen, 2007).

De fleste slagrammede er eldre, det vil si over 60 år. Forekomsten av hjerneslag øker kraftig med alderen og er høyere hos menn enn hos kvinner. Vi ser stadig flere yngre som rammes av hjerneslag (Andersen, Damgaard, Forchhammer & Iversen, 2012).

Hjerneslaget kan gi ulike funksjonsutfall avhengig av hvilken side av hjernen som er rammet, hvor omfattende skaden er, alder og generell helsetilstand før skaden inntraff (Wyller, 2011). Konsekvensen av et hjerneslag kan være sammensatt og det er viktig å huske på at ingen slag er like. De mest typiske funksjonsutfall er lammelser i kroppens ene side,

følelsestap, svelgvansker, kommunikasjonsproblemer: språk, tale, lese og skrivevansker, synsfeltutfall, nedsatt balanse, uoppmerksomhet til en side, bevissthetsforandringer, reduserte mentale funksjoner, skjevhet i ansikt, smerter, blære og tarmforstyrrelser og psykiske plager (Wyller, 2011). Funksjonsutfallene påvirker i varierende grad den slagrammedes evne til å utføre daglige aktiviteter og evne til å fungere i hjem og samfunn (NRHS, 2010).

Samlet lever anslagsvis 55-60 000 mennesker med gjennomgått slag i dag og om lag 2/3 av disse har en funksjonssvikt som følge av slaget (Indredavik, 2004). Tidlig mobilisering er en av grunnpilarene i hjerneslagrehabilitering og er helt avgjørende for prognosen. Det bidrar til å fremme reparasjons -og bedringsprosessen (Lerdal et al, 2012/NRHS, 2010).

3.2 Rehabilitering

Stortingsmelding Nr. 29 Morgendagens omsorg handler om å tenke annerledes og smartere. Med bedre løsninger kan mange klare seg bedre i hverdagen, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne. Rehabilitering er et fremmedord som vi ikke har noe dekkende ord for på norsk. Den egentlige betydningen av ordet er "å gjenvinne verdighet" (Thommesen, 2010). Rehabilitering er et begrep som har et vidt bruksområde. En skade og en påfølgende forbedringsprosess er fellesnevneren (Solvang og Slettebø, 2012). Rehabilitering beskrives også som en prosess der personer rammet av skade eller sykdom, blir i stand til å mestre en endret livssituasjon og ser nye muligheter med funksjonssvikt (Bredland, Linge & Vik, 2008). Hvordan man tenker rehabilitering, kan med fordel få hele tjenesteapparatet med på lag. Det vil bli lettere å avdekke behovet for rehabilitering, og samhandlingen i prosessen blir effektivisert. Da vil sjansen for at resultatet blir vedlikeholdt øke. Det er viktig å presisere at rehabilitering ikke bare er en måte å tenke på, men også en oppgave som skal gjennomføres i en tidsavgrenset periode (Bredland, Linge & Vik, 2011). Når det gjelder mennesker med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse bruker vi ofte begrepet rehabilitering i Norge. I Internasjonal litteratur finnes det ikke to begreper for virksomheten. Der blir begrepet rehabilitering brukt uansett alder og årsak til funksjonsnedsettelsen (Bredland, Linge & Vik, 2011).

I forskriften om rehabilitering og habilitering (2011) defineres rehabilitering slik:

"Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet". (Kapitel 2.)

Rehabiliteringen er en helhetlig prosess der brukeren og omgivelsene påvirker hverandre. Prosessen må planlegges og gjennomføres ut fra pasientens individuelle behov. Den beste rehabiliteringen er den pasienten står for selv, selv om det er nødvendig med bistand. En rehabiliteringsprosess har ofte et systematisk samarbeid mellom flere instanser og aktører med et klart mål. Denne prosessen er delt inn i sju faser, som representerer en metode som teamet rundt pasienten bruker for å samordne, systematisere og planlegge arbeid (Bredland, et al., 2011): Kartlegging og innhenting av informasjon, tverrfaglig helhetlig vurdering, og vurdering av rehabiliteringsmuligheter, oppsetting av mål, valg av tiltak, gjennomføring av plan, evaluering, oppfølging og vedlikehold. Å gjennomgå en rehabiliteringsprosess handler ofte om å finne fotfeste, om å definere mål eller finne retning i livet. Fokuset for rehabiliteringsprosessen er det enkelte individ og vedkommende sin helt individuelle prosess. I denne prosessen vektlegges pasientens rett til selvbestemmelse og deltagelse over egne mål og eget liv (Thommesen, 2010).

3.3 Brukermedvirkning og empowerment

Brukermedvirkning er avgjørende i en rehabiliteringsprosess. Brukermedvirkning bygger på teorien om empowerment, en prosess der bruker føler større kontroll over beslutninger og handlinger som vedrører helse. Empowerment har siden 70- tallet vært definert som kjernebegrep i relasjon til folkehelse og helsefremmede arbeid (Tveiten, 2008).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer empowerment som: " the process by which people gain control over the factors and decisions that shape their lives" (World Health Organization, 2015).

Det er vanskelig å oversette empowerment til et norsk ord. «Power» kan bety både styrke, kraft og makt. Empowerment uttrykker med andre ord noe om at personer eller grupper som er i en avmaktssituasjon, skal opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten. Gjennom denne kraftmobiliseringen skal de bli i stand til å motarbeide krefter som holder de nede og få mer makt, kontroll og styring over eget liv (Askheim, 2007). Brukermedvirkning,

brukerinnflytelse og brukerstyring er ord som blir benyttet i både privat og offentlige virksomheter. Ordene har sin opprinnelse fra pasientens rett til å delta i egen prosess. Skal man finne fram til gode løsninger, må pasienten delta med "ekspertene". I rehabilitering kan man si at brukermedvirkning er en midlertidig ordning på vei mot brukerstyring, da man forventer at pasienten skal gjenvinne styring over eget liv. Pasienten er spesialist på sitt eget liv, vet hvor «skoen trykker» og kan sammen med helsepersonell jobbe mot felles mål (Bredland, et al., 2011). Deltakelse er viktig og nødvendig i helsefremmende arbeid, og er et nøkkelbegrep som er relatert til empowerment. Kontroll over eget liv er nøkkelen til et godt liv. For å hjelpe pasienten i empowermentprosessen er det viktig at helsepersonellet oppgir sitt behov for kontroll. I prosessen må det være gjensidig respekt mellom pasient og sykepleier (Tveiten, 2008).

3.4 Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng og mestring

Årsak til god helse har å gjøre med holdningene våre til livet, samt våre holdninger til å takle det som skjer av uventede og stressende forhold. Våre holdninger er skapt på bakgrunn av de livsbetingelsene vi har, som omhandler både psykiske, fysiske og sosiale forhold på individ- og samfunnsnivå. Livsbetingelsene vil skape ulike motstandsressurser i møte med stress og sykdom. Spesielt viktig synes å være å ha et sosialt nettverk der en kjenner en stor grad av tilhørighet, det samme gjelder at en er i en sammenheng der det er mulig å forstå det som skjer og der hendelser til en viss grad kan forutses (Walseth, 2009).

Antonovsky (2012) hadde helsefremmende arbeid som sitt spesialfelt. Han utviklet en teori om salutogonese, som er læren om hva som gir god helse. Det vil si faktorer som skaper og bidrar til helse, og som sier noe om hva som holder oss friske. Han fant blant annet ut ved studier av konsentrasjonsfanger under andre verdenskrig at noen hadde klart seg bra i etterkant av krigen til tross for hva de hadde gjennomgått, mens andre ikke gjorde det. Han fant ut at de som greide seg bra hadde en sterk følelse av sammenheng. Fokuset ligger på en forståelse om at pasienten er frisk eller syk, til en forståelse av å tenke seg helsen som et kontinuum som ligger mellom helse og uhelse. I løpet av livet vil vi alle befinne oss i en varierende grad på dette kontinuumet. Antonovsky (2012) vektlegger i sin teori pasientens livshistorie, ikke patologi eller diagnose. Sentralt i denne teorien er opplevelse av sammenheng (Sense of Coherence, SOC). Dette begrepet handler om vår egen forventning

om den oppståtte nye situasjonen er påvirkelig, logisk og forutsigbar. Høy grad av opplevelse av sammenheng vil kunne føre til høy grad av helse og det motsatte. Antonovsky (2012) beskriver tre grunnleggende komponenter som bidrar til oppnåelse av opplevelse av sammenheng, disse komponentene er som følge;

Begripelighet er at det som inntreffer er forståelig og oppleves som strukturert, ordnet og tydelig, det vil kunne beskytte mot dårlig helse. Det motsatte vil kunne føre til dårlig helse.

Håndterbarhet er at en har opplevelse av å ha tilstrekkelig ressurser for å kunne møte ulike situasjoner og takle motstand i livet. Disse motstandsressursene kan være indre eller ytre faktorer. Indre faktorer kan være seg trygghet, kunnskap, selvtillit og ferdigheter, og eksempler på ytre faktorer er sosialt nettverk, økonomi, bolig og hjelpetilbud fra det offentlige. Når utfordringene oppleves som uhåndterbare er risikoen for å bevege seg mot uhelse på kontinuumet stor.

Meningsfullhet er at en har opplevelse av delaktighet i det som skjer. I denne sammenhengen peker Antonovsky (2012) på fire områder: indre følelse, personlige relasjoner, aktiviteter som er viktige for personen og eksistensielle tema. Når meningsfullhet er på plass, vil det gi større engasjement til endring. Mellom disse komponentene er det en intern rangering der meningsfullhet er den mest sentrale og en forutsetning for begripelighet og håndterbarhet (Heggedal, 2008).

Mestring handler også om det salutogene- det som bringer helse. Pasientens mulighet til å mestre og å fremme egen helse er, ifølge Antonovsky, knyttet til opplevelse av sammenheng. Antonovsky (2012) sier at opplevelse av sammenheng handler om pasientens evne til å forstå, håndtere og finne mening i møte med livets utfordringer, og til å ta i bruk sine egne ressurser til tross for det som har rammet dem. Mestring er individuelt, det vil si at en forholder seg hensiktsmessig til situasjonen og egne reaksjoner. Dette medfører at en må ha kontroll på følelser og en forståelse av det som skjer. Lazarus og Folkmann (1984) har vært banebrytende innenfor forskning omkring stress og mestring. De definerte mestring på denne måten; “constantly changing and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (1984, s 141). Norsk oversettelse sier at «personens vekslende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller utfordrende situasjoner» (1984, s, 141)

Lazarus og Folkman (1984) deler mestring opp i to hovedformer, nemlig problemfokustert og emosjonsfokustert mestring. Problemfokustert mestring er en strategi som setter fokuset på problemene og utfordringene i den situasjonen man står i som kan løses. Ved emosjonsfokustert mestring ønsker man å endre den vanskelige eller ubehagelige situasjonen ved å endre følelsene sine eller tenke annerledes (Fjerstad, 2012).

3.5 Håp

«Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønske om å nå frem eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige» (Travelbee, 2011. s. 117)

Det finnes mange definisjoner på håp, og som er blitt belyst ut fra de ulike teoretikernes perspektiv. Heggedal (2008) viser til Fromm (1971) og Lynch (1974) som belyser håp ut fra et psykologisk perspektiv. Fromm sier noe om at håpet er et av de mest sentrale elementene i et menneskets liv. Travelbee (2011) har definert håp som et mentalt stadium, noe som vi har inni oss, med et ønske om og nå et mål eller en slutt. Dette er kombinert med en forventning om at det er oppnåelig. Håp blir sett på som en positiv ressurs, det gir en følelse av at alt er mulig. Dette er noe som gir energi. Håp er overalt og alltid til stede, håp er basert på alt vi gjør. Det sies at en som har håp besitter kunnskap og følelser om at livets stressfylte hendelser kan mestres (Rustøen, 2006). Travelbee (2011) poengterer at håp er det som gjør pasienter i stand til å mestre sykdom og lidelse. Håpet kan være med på å gi motivasjon og energi til å mestre den vanskelige situasjonen man er kommet i. Uten håp kan det være vanskelig å se en løsning på problemene, eller se en utvei av situasjonen.

3.6 Helsekommunikasjon

Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet «communicare», som betyr å gjøre felles og betegner overføring eller utveksling av informasjon mellom mennesker (Sletteland & Donovan, 2012). Helsekommunikasjon er et relativt nytt begrep og fagfelt med stor bredde når det gjelder kommunikasjonstyper og- mønstre innen folkehelsearbeid (Sletteland, 2014). Begrepet viser bruken av ulike kommunikasjonsstrategier for å informere og påvirke enkeltpersoner, grupper og samfunnsborgere til positiv helseatferd (Sletteland & Donovan, 2012). Sletteland (2014) skriver at WHO forstår helsekommunikasjon på denne måten:

Health communication is a key strategy to inform the public about health concerns and to maintain important health issues on the public agenda. The use of the mass and multimedia and other technological innovations to disseminate useful health information to the public, increases awareness of specific aspects of individual and collective health as well as importance of health in development. (s.32)

Her vektlegger de informasjonsarbeid som nøkkelstrategi for å påvirke målgruppen om forhold som påvirker helsen. Helsekommunikasjon kan forstås som toveiskommunikasjon eller dialog med utveksling av informasjon og refleksjon om helse (Jarlbros, 2010). Lese – og skriveferdighet, eller kanskje evnen til å oppfatte og forstå informasjon, er sentralt i denne kommunikasjonsformen. Informasjon, undervisning og veiledning er viktige elementer i helsekommunikasjon (Tveiten, 2012). Veiledning vil bli nærmere beskrevet i neste kapittel. Problemet med helsekommunikasjon er at senderen og mottakeren ofte befinner seg i ulike sosiokulturelle rom (Jarlbros, 2010). I rehabiliteringsprosessen er kommunikasjon en viktig faktor i sykepleie-pasientrelasjonen. Sykepleierens ansvar i helsekommunikasjon innebærer formidling av kunnskap, forståelse for og forutsetninger for formidlingen, og også konsekvenser av formidlingen for pasienten. Sykepleieren må være bevisst pasientens evne til å oppfatte, forstå og bruke informasjonen og kunnskapen som formidles (Tveiten, 2012). Det er ulike årsaker til at pasienten har ulik evne til og forutsetninger for å skaffe seg kunnskap om helse. For at pasienten skal kunne forstå og kunne omsette helseinformasjon de mottar til adekvate helsefremmende handlinger, bør de trolig ha visse helsefremmende kunnskaper, holdninger og ferdigheter. Dette blir kalt health literacy (HL) eller helsefremmende allmenndannelse som Finbråten og Pettersen (2012) kaller det. Helsekommunikasjon, som et middel og mål i helsefremmende allmenndannelse, kan bidra til at pasienter med ulike forutsetninger får helseopplysninger tilpasset sine egne evner og behov (Sletteland & Donovan, 2014). Jarlbros (2010) påpeker at vellykket helsekommunikasjon er avhengig av at den er tilpasset den enkelte målgruppen.

3.6.1 Veiledning

Veiledning er ikke et entydig og klart definert begrep. Begrepet brukes i ulike sammenhenger og betydninger og er en sammensatt arbeidsform. Når helsesituasjonen endrer seg blir livet annerledes. Pasienten kan trenge ny kunnskap, kanskje må utvikle nye ferdigheter, kanskje må han endre på vaner og livsstil (Eide & Eide, 2007). Som

helsepersonell og sykepleier har vi en sentral funksjon i utviklingen av pasientkompetanse hvor informasjon, undervisning og veiledning er viktige elementer (Tveiten, 2012). En begrepsanalyse av veiledning resulterte i følgende:

«Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot styrking av pasientens mestringskompetanse gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2012 s.184).

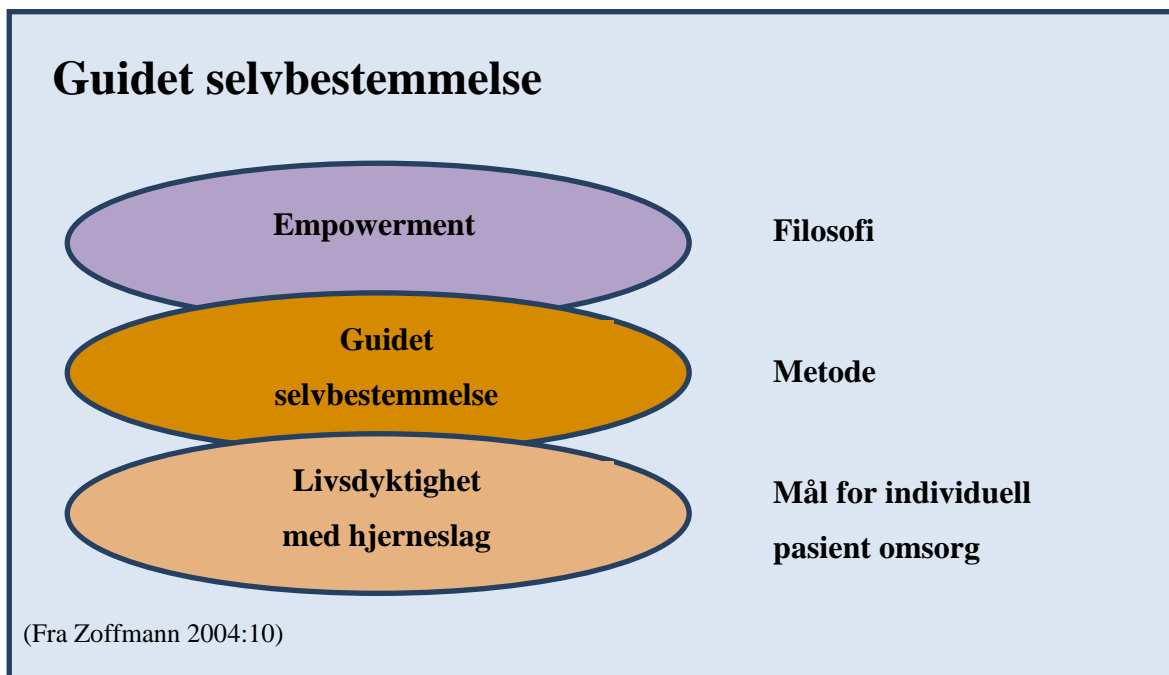
Tveiten (2008) deler veiledningen inn i fem ulike faser. Disse fasene er planleggingsfasen, bli kjent/bli tryggfasen, arbeidsfasen, avslutningsfasen og bearbeidingsfasen. Fasene kan relateres til hver enkelt pasient og prosessen som helhet, enten den varer i uker eller måneder (Tveiten, 2008). Veiledning er basert på at det er pasienten selv som vet best hvor «skoen trykker». Gjennom blant annet dialog, aktiv lytting og spørsmål legger sykepleieren til rette for at pasienten blir seg bevisst hva som kan ha betydning for helse og helsefremming, hvilke muligheter som foreligger, samt hvordan disse mulighetene eventuelt kan virkeliggjøres (Christiansen, 2013). Arbeidsformen i veiledningen er en balansert og likeverdig dialog, om en ikke likestilt. Likestilthet kan det ikke bli siden sykepleieren har makt i kraft av sin stilling, sin beslutningsmulighet og sin status (Tveiten, 2012). Veilederen vil i utgangspunktet inneha rollen som støtteperson. Denne støttende holdningen er en forutsetning for et godt og trygt veiledningsforhold.

3.6.2 Guidet Egen-Beslutning

Guidet Egen-Beslutning (GEB) er en metode som ble utviklet, implementert og evaluert av sykepleier, seniorforsker, Vibeke Zoffmann i samarbeid med diabetesavdelingen ved universitetssykehuset i Århus 1996-2003 som et ledd i hennes doktorgradsstudium. Metoden er opprinnelig utviklet for personer som har langvarig, dårlig regulert diabetes type 1, men kan overføres og tilpasses personer som har andre langvarige helseutfordringer (Zoffmann, 2004). I studien til Kirkevold, Martinsen, Bronken & Kvigne (2014) har de tilpasset metoden i en intervensjon om å fremme psykososial helse og velvære hos pasienter med hjerneslag. GEB er en personsentrert kommunikasjons- og refleksjonsmodell for pasienter og helsepersonell (Zoffmann & Kirkevold, 2009). Metoden er utviklet for å fremme meningsfull og effektiv problemløsning mellom pasient og helsepersonell. Det er ennå ikke etablert et norsk navn for metoden. Sentralt i denne samtalemotoden er bruken av

refleksjonsark som danner basis for hver samtale. Refleksjonsarkene er utformet på en måte som tematiserer sentrale sider ved å leve med en gitt sykdom eller lidelse. GEB er bygget på empowermentfilosofien der prosessen i empowerment er oppdagelsen og utviklingen av ens indre kapasitet til å være ansvarlig for sitt eget liv. Metoden «guider» både pasient og helsepersonell slik at de sammen og hver for seg bruker sitt potensiale i en samarbeidsprosess som fremmer pasientens kapasitet til å leve godt med sin sykdom (Zoffmann, 2004).

Definisjon på Guidet Egen-Beslutning er: «Guidet Egen-Beslutning er en metode, der faciliterer meningsfull og effektiv problemstilling mellom patient og professionell. Metoden guider begge parter, så de sammen og hver for sig bruker deres potentiale i en prosess, der fremmer patientens livsdygtighed» (Zoffmann, 2004).



Virkemiddelet som kan brukes i metoden er, som tidligere nevnt i dette avsnittet, refleksjonsark som kan brukes i en-til-en samtale eller gruppesamtaler mellom pasientene og helsepersonell. Pasientene blir betydelig bedre til å identifisere, uttrykke og dele unike og uventede utfordringer knyttet til det å leve med sykdommen. (Zoffmann, 2004). Styrken i GEB metoden er strukturen i samtalen. Det er strukturen, refleksjonsarkene og det forløpet som pasient og sykepleier «guides» igjennom. Forløpet skaper fokus i samtalen, så pasientens måte å takle konkrete utfordringer på blir det sentrale (Zoffmann, 2004).

4. Hvordan kan vi fremme håp og mestring hos pasienter med hjerneslag i rehabiliteringsprosessen?

I det følgende vil vi gi en analyse av teoretiske perspektiver som vi drøfter opp i mot forskning og egne erfaringer fra klinisk praksis. Teoridelen danner grunnlaget for temaoppdeling og rekkefølgen vi har valgt. En tematisk inndeling innebærer å ta en faglig del om gangen (Dalland, 2007). For å belyse problemstillingen ytterligere har vi valgt å dele problemstillingen inn i underkapitler. Underkapitlene er bygd opp etter hvordan vi har delt temaene inn i oppgaven. Vi mener at bruk av underkapitler vil gi en oversikt og struktur i drøftingsdelen.

I rehabiliteringsforløpet er det flere store overganger. Overgang fra frisk til syk, fra sykehus til rehabiliteringsinstitusjon, og deretter til eget hjem. Hvordan den enkelte selv erfarer og mestrer rehabiliteringsprosessen og hverdagen etter hjemkomst er individuelt. Pasienter beskriver et nytt, annerledes og mer avgrenset liv enn tidligere. Tilpasningsprosessen etter slaget er langvarig og krevende. Funksjonsnedsettelsen påvirker deres selvstendighet og verdighet, og det er ulike strategier for å mestre den nye hverdagen (Kirkevold, 2002). En yngre informant fra studien til Bruseth (2013) beskriver sine erfaringer med å få en funksjonsnedsettelse på denne måten « husk at det er en spesiell måte å bli syk på. Fra å være aktiv den ene dagen til å være pleiepasient...ikke sant. For noen er overgangen til eget hjem veldig krevende, da melder kravene seg om å fungere som normalt igjen med det det måtte innebære. Dette gjenspeiler seg fra våre egne erfaringer fra praksis der pasienten gir uttrykk for at de er usikre på hvordan de vil mestre den nye livssituasjonen når de kommer hjem. Forståelsen av konsekvensene et hjerneslag kan få for en selv og ens livssituasjon kan ta år eller mer, og at pasienten går gjennom en tolknings -og tilpasningsprosess i flere faser (Kirkevold, 2002). Fra studien til Bruseth (2013) forteller informantene om "de tunge stundene". De følelsesmessige endringene blir en ekstra belastning og utfordringer som påvirker hverdagen. Hverdagen som innebærer å trene, innarbeide nye rutiner og egenomsorg, være positiv og optimistisk. Mestring og selvstendighet i daglige aktiviteter er viktig for selvfølelsen og opplevelsen av uavhengighet. Håp er også viktig i denne sammenhengen da det gir en følelse av at det er en vei ut av vanskelighetene, og av at utfordringer i den nye livssituasjonen kan løses (Rustøen, 2006). Tradisjonelt fokuserer man i rehabiliteringen etter hjerneslag på selvstendighet i egenomsorg og daglige aktiviteter, dette

bidrar til at man føler mestring på den hjemlige arena (Buseth, 2013). Martinsen, Kirkevold & Sveen (2015) understreker at vi som sykepleiere må bli flinkere til å bruke metoder som forebygger og hjelper denne pasientgruppen til å mestre hverdagslivet sitt. ?». Vi ønsker derfor å se nærmere på hvordan GEB metoden kan brukes som et verktøy for å få pasienter med hjerneslag til å ta i bruk sine egne evner til å forstå og håndtere den nye hverdagens utfordringer. Slik vi forstår veiledning kan den sidestilles med guiding som er tilnæringsmåten i Guidet Egen-Beslutning da begge tilnæringsmåtene retter seg mot styrkning av pasientens evne til å mestre gjennom dialog basert på kunnskap, refleksjon og pasientens egne verdier. Vi vil på bakgrunn av dette i neste underkapittel gå over til å drøfte hvordan helsekommunikasjon kan brukes i rehabiliteringsprosessen

4.1 Hvordan kan vi bruke helsekommunikasjon med ny refleksjonsbasert metode i rehabiliteringsprosessen?

Her vil vi vise betydningen av metoden som er basert på en gjensidig forståelse i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten av pasientens problem. Det er ikke alltid at «svaret» er et svar på et konkret spørsmål, men kanskje en refleksjon, en vurdering, en løsning eller et råd (Zoffmann, 2004).

Å bli sett og hørt i en samtale er to viktige aspekter for mestring. Det vil øke følelsen av mestring og gjør det lettere å føle seg som likeverdige parter i relasjonen. Dette underbygges i Antonovsky (2012) og Lazarus & Folkmann (1984) sine teorier. Ved å bli hørt vil hjerneslagpasienter få bevisstgjort sine problemer og det skapes bedre kontroll og håndterbarhet i situasjonen. Hvorfor Guidet Egen-Beslutning? Dialogen er kjørt fast, samtalen mangler motivasjon og fokus, og vi gjentar oss selv uten at det fører til noen forandring.

GEB er utviklet for å hjelpe i sykepleier-pasient relasjonen når ting er vanskelig. Denne metoden hjelper sykepleieren til å holde fokus i samtalen ved hjelp av refleksjonsark. Refleksjonsarkene gjør at pasienten blir involvert med en gang. Metoden er med på å sette «pasienten i førersetet», og som tidligere nevnt vet best hvor «skoen trykker». Den bidrar til å øke pasientens evne til å leve med en endret livssituasjon ved at han får større grad av kontroll og ansvar over sin situasjon. Det er viktig at pasienten får snakket om det som er vanskelig og utfordrende i den nye livssituasjonen. Denne metoden gjør at pasienten til

enhver tid er bevisst på hva som skjer i rehabiliteringsprosessen og sin hverdag, og eventuelt hjelper de å mestre vanskeligheter som oppstår etter hjerneslaget (Zoffmann, 2004).

Det er viktig at vi som sykepleiere er forberedt på å møte pasienter i rask fysiologisk, psykologisk og sosial endring (Solli, 2010). Som sykepleier må vi også reflektere over vår rolle som veileder. Veiledning er tett forbundet med helsefremmende og forebyggende arbeid. I sykepleierens hverdag er veiledning viktig i møte med pasienter for at de skal ta ansvar for egen helse. Sykepleieren som veileder må ta utgangspunkt i pasientens opplevelse og forståelse. Gjennom dialogen og andre kommunikasjonsformer legger sykepleieren til rette for at pasienten oppdager, lærer, ser, gjør selvstendige valg og får kraft til å mestre egen livssituasjon (Zoffmann, 2004). Har pasienten kunnskap om sykdommen sin, vil han selv kunne forbygge eventuelle komplikasjoner og tilbakefall, og på denne måten å unngå nye sykehusinnleggelse. Dette vil være økonomisk besparende for samfunnet samtidig som pasienten vil oppnå god livskvalitet og opplevelse av helse (Solli, 2010). På bakgrunn av dette velger vi å se på de ulike fasene i veiledningen av pasienten og sykepleier sin funksjon. De ulike fasene i veiledningen er viktig da det er en istandsettingsprosess som sier noe om at pasienten blir i stand til å mestre. Hva som skal mestres, vil være individuelt og kontekstuell (Tveiten, 2012). Overgangen mellom de fem fasene er flytende.

Planleggingsfasen er i følge Tveiten fasen før vi møter pasienten. Sykepleieren må reflektere over hvem som skal veiledes og over egen motivasjon i forhold til veilederrollen. I fra vår praksis leser sykepleieren skriftlig materiale, som f.eks. legejournal, henvisning eller sykepleiedokument vedrørende pasienten før vi møter pasienten slik at vi forsøker å være forberedt når pasienten kommer. Omfanget av skaden hos pasienten kan være svært forskjellige, men hver pasient opplever sin situasjon som unik (Tveiten, 2008).

Bli kjent/bli trygghetsfasen starter når sykepleier og pasient møtes. Litteraturen fokuserer på at første møte har betydning når det gjelder å oppnå tillit (Tveiten, 2008) Vår erfaring er at det er viktig å skape et godt tillitsforhold til pasienten. Hva bidrar til at pasienten opplever tillit? Kanskje å bli hilst på ved navn, ha blikk kontakt, oppleve å være ventet, å bli møtt med et smil (Tveiten, 2008). Sykepleieren må legge til rette for å bli kjent med pasienten. Kommunikasjon med pasienten bør foregå i en atmosfære preget av trygghet, nærhet og forutsigbarhet. I vår praksis har teamet rundt pasienten, eller bare sykepleieren alene sammen med pasienten, en innkomstsamtale, som er planlagt og er rutine når pasienten kommer til avdelingen. En samtale om hvem pasienten er, og hvilke verdier som har vært, og

er, betydningsfulle å ivareta fremover. Refleksjon og fortelling om pasientens liv vil kunne bidra til å skape mening, struktur og sammenheng i en kaotisk situasjon og dermed bidra til å gi retning for fremtiden. Hensikten med veiledningen må klargjøres i denne fasen. Pasienten er ikke nødvendigvis bevisst eget behov for undervisning og veiledning, og motivasjonen kan derfor være lav. Vår oppgave som sykepleier blir da å motivere. Erfaringene vi har fra praksis viser hvor nyttig det er at vi setter opp en mål plan sammen med pasienten hvor pasienten gir uttrykk for hva han syntes er vanskelig og ønsker å trene på. Målene kan være kortsiktige eller langsiktige. Da har pasienten noe å jobbe mot, og det blir lettere for pasienten å være motivert for å nå målene han har satt seg. Sykepleieren på sin side vet da hvilke ambisjoner pasienten har, og kan jobbe metodisk og strukturert i forhold til disse. I rehabiliteringsprosessen har vi tid til å oppnå god relasjon mellom sykepleier og pasient da vi møter pasienten med jevne intervaller på samme arena enten det er på en avdeling eller i hjemmet. Ved å ha en god relasjon til pasienten kan pasienten la seg veilede på en god måte (Solli, 2010). Pasientene har variert tempo, og dette er det viktig at sykepleieren tar hensyn til.

Arbeidsfasen innbefatter veiledningen. Denne fasen varer lengst rent tidsmessig. Gjennom dialogen oppdager, lærer og erkjenner pasienten hva han ønsker å forandre og hvordan forandringene kan skje. Zoffmann og Kirkevold (2009) viser i sin studie til at fokusert kommunikasjon/refleksjonsbasert kommunikasjon i relasjonen mellom sykepleier og pasient er sentral. Ved at vi benytter oss av strukturen i GEB metoden kan vi bruke refleksjonsarkene. Refleksjonsarkene kan vi utforme på en måte som tematiserer sentrale sider ved å leve med og ha blitt rammet av slag. Bruken av refleksjonsarkene skal bidra til refleksjon og identifisering av egne reaksjoner på livet med hjerneslag. Også ved å formulere konkrete mål kan pasienten få hjelp til å se at en «tar et steg av gangen» i riktig retning og få hjelp til å oppdage de «små stegene» som er lett å overse. Det kan gi håp ved å styrke troen på fortsatt positive endringer. Metoden guider både pasienten og sykepleieren i en prosess som fremmer pasientens evne til å ta valg og leve godt med sin sykdom (Zoffmann og Kirkevold, 2009). Litteraturen viser det er viktig å være lydhør, empatisk og ikke dømmende. Sykepleieren må bruke ord og uttrykk som pasienten forstår. Det er nyttig å bruke åpne spørsmål i dialogen (Tveiten, 2008).

I *avslutningsfasen* oppsummerer vi hva veiledningen har dreiet seg om, hva pasienten og sykepleieren i fellesskap har forstått, og ser på mulige veier videre. Samarbeidet mellom sykepleier og pasient bør også evalueres. I studien til Zoffmann og Kirkevold (2009) belyser

de at samarbeidet mellom sykepleier og pasient er grunnleggende for å fremme ferdigheter hos pasienten, slik at pasienten kan oppnå det målet han ønsker.

Bearbeidingsfasen representerer etterarbeid. I denne fasen fortsetter bearbeiding og refleksjon, og kan bidra til at kunnskap integreres i pasientens forståelse og handlingsgrunnlag. Har pasienten og eller sykepleieren oppdaget behovet for forandring, må denne forandringen iverksettes over tid (Solli, 2010). Vår erfaring er at hvis pasienten får bruke den tiden han trenger til å bearbeide og reflektere, vil han se nytten av kunnskap, lære seg ferdigheter og gradvis ta ansvar for egen kropp igjen.

Erfaringer viser at helsepersonell har mulighet til å ødelegge eller styrke pasientens håp gjennom ord og handling, både verbal og nonverbal kommunikasjon er av betydning her. Dette bekrefter Zoffmann (2004) i sin avhandling. Styrken i GEB-metoden ligger i kombinasjonen ved bruken av refleksjonsark og jeg-du-sortert gjensidighet som guider pasient og sykepleier gjennom en felles beslutningstagning. Vår erfaring viser for å styrke pasientens håp og følelse av mestring har pasientene gitt uttrykk for at det er det viktig at vi tar oss tid til å snakke, gi informasjon, være omsorgsfull, vise empati og være mentalt tilstede sammen med pasientene. Fokuserer på det de har av ressurser og styrke håpet om at de kan mestre. Omgivelsene er av stor betydning, og det hevdes at håpet er avhengig av holdningen og atmosfæren rundt pasienten (Rustøen, 2006). I en empowerment-preget relasjon anses det at sykepleier-pasient har ulike grad av helsefremmende allmenndannelse. Finbråten og Pettersen (2009) mener at det i en helsekommunikasjon mellom sykepleier og pasient kreves at sykepleieren har psykologisk, didaktisk, pedagogisk og kommunikativ kompetanse. Kirkevold (2010) sier noe om at sykepleieren i tillegg må ha en bevarende, integrerende - og trøstende funksjon som er en viktig rolle i forhold til den slagrammedes prosess med å fortolke og forstå sin nye livssituasjon. Dette innebærer at sykepleieren har grunnleggende kunnskap om vitenskapsteori, vitenskapelige forskningsmetoder, fenomenologisk filosofi og formidlingsmåter. Vi stiller spørsmål ved i hvilken grad en pasient med lav helsefremmende allmenndannelse faktisk er i stand til å ta selvstendige og adekvate beslutninger om egen helse, da det ofte kan være et gap mellom det pasienten faktisk forstår, og det sykepleieren forventer eller tror de forstår. Sannsynligvis skyldes dette at de helsekommunikasjonsmessige problemer er størst og mest prekære å mestre ovenfor pasientgrupper med lav helsefremmende allmenndannelse (Finbråten og Pettersen, 2009). Zoffmann og Kirkevold (2009) fant at aktiv deltakelse fra pasienten i samarbeid med sykepleier bidrar til at de kommer inn på områder som er aktuelle og viktige for pasienten

som bidrar til at pasienten forbedrer helsen. Økt helsefremmende allmenndannelse kan anses som et resultat av helsepersonell sin helsekommunikasjon. Tanken bak empowerment er at kunnskaps- og autoritetsgapet mellom sykepleier og pasient relatert til helsebudskap jevnes ut. Etter vårt syn er dette med på å underbygge WHO`s definisjon (2015) av empowerment: ved at det er en prosess der pasienter oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører egen helse. I neste underkapittel vil vi gå over til å drøfte hvordan sykepleier kan involvere brukermedvirkning og empowerment i rehabiliteringsprosessen.

4.2 Hvordan vil vi involvere brukermedvirkning og empowerment i rehabiliteringsprosessen?

Brukerinnflytelse vektlegges i Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1(2011), hvor det vektlegges at pasienten har rett til å medvirke under gjennomføring av helsehjelp.

Brukermedvirkningen vektlegges også i Stortingsmelding 25 om «Mestring, muligheter og mening- fremtidens helseutfordringer» (Finbråten & Pettersen, 2009).

Empowermentprosessen hindres hvis veileders mål er å gjennomføre egne ideer og planer på pasienten sine vegne. Makt er et sentralt begrep i en veiledningssammenheng (Tveiten, 2008). Vi ser fra praksis at det er viktig at sykepleiere er bevisst på hvordan makt kan påvirke relasjonen mellom sykepleier og pasient i måten vi møter pasienten. Walseth og Malterud (2004) hevder i sin artikkel at det er viktig å ha kjennskap til seg selv for å unngå å projisere egne følelser og behov over på pasienten. Det er pasientens egne verdier og ressurser som må stå i fokus. Vår erfaring viser at motivasjon er en sentral faktor i forbindelse med pasientens egen måloppnåelse. Mangler pasienten den, er sannsynligheten for endring minimal (Sletteland og Donovan, 2012). Læring er viktig i rehabilitering fordi pasienten støttes til deltakelse og selvstendighet. Dette fører til en forståelse av læring, der pasienten er mer en aktiv deltaker enn en passiv mottaker av informasjon og undervisning. Ny forståelse av rehabilitering innebærer økt oppmerksomhet på helhetlig involvering av pasienten i rehabiliteringsprosessen. Når helsekommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten er preget av empowerment i rehabiliteringsprosessen, vil dette være med på å styrke pasienten til å ta mer ansvar for sitt liv. Det vil også være lettere å ivareta det som pasienten er opptatt av i øyeblikket. Det anses som et nøkkelprinsipp i helsefremmende arbeid at pasienten definerer sine egne behov (Finbråten & Pettersen, 2009). I Kolltveit, Graue, Zoffmann og Gjengedals studie (2014) har GEB metoden vist seg å være effektiv i

samspeillet mellom sykepleier og pasient.. Hensikten med metoden er å bruke empowerment slik at pasienten tilegner seg erfaring til å mestre utfordringene i den nye livssituasjonen etter hjerneslaget og den rehabiliterende prosessen pasienten skal igjennom. Derfor vil vi nå gå over til å belyse hvordan pasienten selv kan stå i fokus i rehabiliteringsprosessen.

4.3 Hvordan kan pasienten stå i fokus i sin egen rehabiliteringsprosess etter hjerneslag?

Slik definisjonen av rehabilitering som tidligere har blitt beskrevet, kommer pasientens prosess som et sentralt element frem. Det kommer tydelig frem gjennom at målet er å kunne leve så optimalt som mulig med sin funksjonshemming, som deltaker i samfunnet og i forhold til egne ønsker og behov. Definisjonen tydeliggjør at det er flere helseprofesjoner inne i rehabiliteringsprosessen, og at de skal være en form for støtte slik at pasienten oppnår sin målsetting (Vidme, 2010). I rehabiliteringsprosessen er samarbeid, koordinering og planlegging kjerneaktiviteter, og hvor helhetlig, koordinert og individuell tilpasning er sentralt for pasienten. Litteraturen sier at det som fremmer håp etter hjerneslag vil variere hvor i forløpet pasienten er. I den akutte fasen og tidlig rehabilitering er positive endringer en viktig kilde til håp (Kirkevold, 2002). Å tenke helhetlig betyr at pasienten må sees i samspill med omgivelsene og hele tiden underveis i prosessen; nemlig ved forståelse av hva som er problemet eller behovet, vurdering av funksjonsnivå, ved oppsetting av mål og tiltak. Vi må samhandle med pasienten på en måte som gir opplevelse av mestring og deltakelse på de områdene som virkelig betyr noe for pasienten. Pasienten må stå i fokus i sin egen rehabiliteringsprosess, og autonomi og deltakelse må bli vektlagt (Bredland, et al., 2011) (Solvang & Slettebø, 2012). Det å hjelpe, støtte og assistere en pasient som har hatt slag er ofte en kompleks prosess (Kirkevold & Kouwenhoven, 2013). Studien til Kirkevold, Martinsen, Bronken & Kvigne (2014) viser at pasienter strever med å mestre sin nye og ukjente situasjon etter et hjerneslag. Det kan derfor være viktig å bli veiledet på deres egne initiativ, i stedet for å bli fortalt hvordan de skal mestre sin situasjon. Da kan GEB nettopp hjelpe ved at sykepleieren kan hjelpe pasienten å se på de ulike aspektene ved livet og hva som er viktig for pasienten (Zoffmann, 2004). Ved å formulere konkrete utfordringer eller problemer som må løses i livet etter slaget og få hjelp til å vurdere hvordan en kan mestre dem vil føre til at pasienten vil kunne oppleve mer kontroll og mestring over sitt eget liv (Kirkevold, et al, 2014). Opplevelse av kaos og mangel på kontroll kan true de

hjerneslagrammedes opplevelse av sammenheng. I følge Antonovskys teori er velvære knyttet til en følelse av sammenheng av livet (Kirkevold et al, 2014).

Ved den psykiske siden av rehabiliteringsprosessen må pasienten bli i psykisk stand til å mestre den endrede livssituasjonen han er kommet opp i, og se de mulighetene livet fortsatt gir. De som har behov for rehabilitering er enkeltindivider med ulike bakgrunn, egenskaper og erfaring. Derfor vil hvert enkelt individ ha ulike utgangspunkt etter å ha blitt rammet av funksjonsnedsettelse (Bredland, et al., 2011). Individuelle forutsetninger vil være med å påvirke rehabiliteringsprosessen. Personer med funksjonsnedsettelse kan oppleve dette som store endringer i hverdagen, og må lære seg å leve med dette. Mange må derfor gjennom en følelsesmessig erkjennelsesprosess eller en "indre prosess". Dette er også beskrevet som en coping- eller mestringsprosess. Vi ser fra praksis at det er viktig å gi pasienten mye støtte og oppmuntring underveis i rehabiliteringsforløpet. Dette er med på og «å løfte» pasienten de dagene de møter utfordringer eller kroppen ikke vil spille på lag. Bredland, Linge & Vik (2011) mener at det som skjer på det indre følelsesmessige plan i en rehabiliteringsprosess er i et gjensidig samspill, og påvirker de ytre miljømessige faktorene. Faktorer under denne prosessen er mestringsstrategier og mestringsoppfattelse, kontroll over eget liv, selvbilde og personlighet, viktighetsområder, motivasjon, tap og sorg. I Kvignes (2004) studie om kvinners opplevelse og erfaringer med sin kropp etter hjerneslag, forteller kvinnene om kampen eller strevet for å fortsette livet mest mulig slik det var før slaget. Et uttrykk mange kvinner brukte for å beskrive sin situasjon var: "*det lyt berre gå*". Kvigne (2004) mener at uttrykket har et tvetydig meningsinnhold. På den ene siden: et realistisk forhold til situasjonen, en akseptasjon. Det som har skjedd har skjedd. Livet går videre. På den andre siden: en optimistisk holdning. Dette skal gå. Kirkevold et al. (2014) viser til flere studier i sin artikkel at informasjon, praktiske råd, følelsesmessige og motiverende/emosjonell støtte er viktige komponenter i behandlingen med hjerneslagrammede. Erfaring vi har fra praksis viser at informasjon og bevisstgjøring hos pasient og pårørende er viktig. Dette fordi det øker kunnskapen, tryggheten og hvordan en kan forholde seg til den nye livssituasjon. Psykososiale problemer kan ha stor betydning for funksjonen på sikt og for håp og mestring (Kirkevold, et al. 2014). På bakgrunn av dette vil vi i neste underkapittel belyse hvordan vi kan, og viktigheten av, å fremme håp, mestring og opplevelse av sammenheng i rehabiliteringsprosessen hos hjerneslagpasienter.

4.4 Hvordan kan vi som sykepleiere fremme håp, mestring og opplevelse av sammenheng i rehabiliteringsprosessen?

I følge teorien knyttes håp til mestring og mestring til opplevelse av sammenheng. Da disse begrepene har så stor betydning for hverandre har vi valgt å belyse disse under samme underkapittel.

De fleste definisjoner av håp sier, som tidligere nevnt, noe om at håp er en følelse. Travelbee (2011) beskriver for eksempel håp som et mentalt stadium, noe vi alle har inni oss. Hun sier også at håp er følelsen av det mulige. I følge Fromm (1971) er håp en indre tilstand, en indre beredskap. Lynch (1974) hevder at håp er kunnskapen og følelsen av at det finnes en vei ut av vanskelighetene (Rustøen, 2006). Håp er fremtidsorientert, med dette mener Travelbee (2011) at den pasienten som har håp, har i oppgave å strukturere fremtiden slik at livssituasjonen endrer seg og man oppnår en mer ønsket situasjon. Selv om håpet kan være urealistisk og uoppnåelig, kan allikevel et ønske om å oppnå håp være med på å gi mening (Travelbee, 2011). I følge Travelbee (2011, s.122) er «et menneske som er uten håp, ser på verden på en helt annen måte enn den som opplever håp». Håp er det som danner et fundament for å mestre livsprosessen, og det er et utgangspunkt for hvordan vi handler, og for hvilke avgjørelser vi tar. Hjerneslag og dens utfall vil kunne medføre usikkerhet ved fremtiden da følgene ofte får konsekvenser, ikke bare for pasienten selv, men også for familie og andre rundt slagpasienten. Erfaring viser at pasienten får økt håp ved at vi støtter, motiverer og bevisstgjør om å tro på at det går fint å leve et selvvalgt og ønsket liv tross hjerneslag. Siden håp er knyttet til fremtiden, vil håp være en viktig faktor for den omsorgen sykepleiere gir. Hensikten med rehabiliteringen er å hjelpe pasienten med å mestre opplevelsen med sykdommen og om nødvendig assistere pasienten til å finne en mening i disse opplevelsene. For at vi sykepleiere kan hjelpe pasienten krever det økt kunnskap om hva håp er, og hvilke faktorer som virker styrkende og svekkende. Håpet er viktig for rehabiliteringen og det gir pasienten motivasjon og styrke til å nå sine mål (Rustøen, 2006). Ved fravær av håp opplever man håpløshet. Hjerneslag medfører ofte tap av kontroll, sikkerhet, selvfølelse og sosiale relasjoner. På grunn av disse tapene vil pasienten grunnet sin uforutsigbare fremtid gjerne oppleve håpløshet. Dette er noe som gir negative forventninger. Denne håpløsheten knytter seg til de begrensninger man har og sin hjelpeløshet. Dette kan i verste fall føre til at en gir opp. Ved opplevelse av håpløshet føler man at det ikke er noe å se frem til (Rustøen, 2006). I følge Travelbee (2012) er følelsen av håpløshet ikke noe man er

født med. Pasienten må i løpet av livet ha opplevd å ha håp for deretter å ha mistet det. Er man uten håp og opplever håpløshet, vil man ikke forsøke å mestre den vanskelige livssituasjonen eller å løse sine problemer og utfordringer.

I følge Rustøen (2006) knyttes håp til mestring. Håpet er med på at vi lettere vil mestre vanskelige situasjoner og hendelser i livet. Håpet gir oss styrke til å mestre tap, tragedier, mangler, kjedsommelighet, ensomhet og lidelse. Håpet kan med andre ord være helt avgjørende for å ikke gi opp. De av pasientene som føler at alt håp er ute, vil føle seg fanget i en felle, omringet av et problem som man ikke finner veien ut av. Dette kan medføre ulike atferdsproblemer som depresjon, håpløshet, pessimisme og den fortvilte ikke bry seg – holdningen. Mens noen andre derimot ser på nye problemer som utfordringer og setter straks i gang tiltak for å løse de (Travelbee, 2011). De med en slik innstilling kan, til tross for den alvorlige sykdommen som har rammet, klare og mobilisere krefter og ha håp om at livet fremdeles er verd å leve. Dette er med på å underbygge vår erfaring fra praksis om at håpet gir pasienten en tro på å leve et så godt liv som mulig tross sykdommen. Korpershoeck (2011) viser til studien, » Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke«, at det å ha tro på egen mestring kan hjelpe pasienten til å ha mer kontroll over sin nye livssituasjon. Den sier også noe om sykepleierens viktige rolle i rehabiliteringsprosessen hvor det utøves mestringsstyrkende tiltak. I denne sammenhengen vil de mestringsstyrkende tiltaket være GEB-metoden. Erfaring viser at der vi tydeliggjør pasientens ressurser og bistår med tilstrekkelig, oversiktlig og forståelig informasjon og veiledning sammen med pasienten, gir vi pasienten mulighet til å mestre sin nye hverdag og ha troen på å kunne styre over eget liv til tross for den nye livssituasjonen etter hjerneslaget. Dette igjen gjenspeiler GEB-metoden Zoffmann (2004) har skrevet om i sin studie. Korpershoeck (2011) underbygger dette ved å vise hvordan pasienten ser på sin mulighet for å mestre sin situasjon er avhengig av pasientens kunnskaper og ferdigheter. Ved mangel av dette vil pasienten velge en mestringsstrategi som er passiv og unnvikende. Har pasienten derimot kunnskap og ferdigheter om sin situasjon, vil pasienten oppleve større kontroll og ha en aktiv og direkte mestringsstrategi. Vår erfaring viser at for eksempel det å ha realistiske mål er vesentlig for håp. Det sier noe om at man har en fremtid, og at man kan oppnå positive endringer. Med klare mål blir man tvunget til å «se» sin situasjon, og tenke på hva man ønsker å prioritere. For eksempel vil meningsfulle aktiviteter i hverdagen være med å styrke håpet, vise til mulighetene som finnes og fremme pasientens kapasitet til å leve godt med sin sykdom (Rustøen, 2006; Zoffmann, 2004). Håp og tro er dermed med på å gi pasienten styrke til å

takle motgang og gir en mestringsfølelse (Rustøen, 2006). Perspektivet på mestring er basert på pasientens spørsmål angående rehabilitering og at pasienten oppnår et liv han er fornøyd med. Dette handler om opptrening og tilrettelegging. Målet er å kunne delta på de arenaer man ønsker i livet. Det er veldig viktig for mestringen at man lærer og gjør selv (Dahl, Romsland & Slettebø, 2014). Dette er erfaringer vi har fra praksis og som vi ser på som en av våre hovedoppgaver, å finne den rette balansen mellom å gi hjelp når det er nødvendig og å bidra til at pasienten kan gjøre ting på egen hånd. Pasienten vil med hjelp av brukermedvirkning og empowerment, gjennom GEB-metoden, ta kontroll over eget liv, dette er en av rehabiliteringsarbeidets grunnpilarer, og helt nødvendig for å mestre egen livssituasjon (Dahl, et al., 2014)

Lazarus og Folkman (1984) ser på mestring som en prosess. I følge forfatterne gjør pasienten et valg som er mer eller mindre bevisst, om noe kan gjøres eller om man bare må godta situasjonen som den er. Dette medfører at en må ha kontroll på følelser og en forståelse av det som skjer. Å finne en mestringsstrategi som er tilpasset situasjonen er svært viktig, hvis ikke kan de medføre en forverring av tilstanden. Lazarus & Folkman (1984) deler mestring opp i to hovedformer, problemfokuset og emosjonsfokuset mestring. Problemfokuset mestring er en strategi som setter fokuset på problemene og utfordringene i den situasjonen man står i som kan løses. I praksis vil pasienten bruke sine tanker målrettet for å takle den vanskelige situasjonen og sette seg realistiske mål i rehabiliteringsprosessen. Ved emosjonsfokuset mestring ønsker man å endre den vanskelige eller ubehagelige situasjonen ved å endre følelsene sine eller tenke annerledes. I praksis her vil pasienten prøve å produsere de ubehagelige følelsene rundt situasjonen, søke forståelse og sympati, for å lettere kunne akseptere og venne seg til sin nye situasjon (Fjerstad, 2012). Når for eksempel pasienten opplever at han ikke kan endre situasjonen, dominerer emosjonsfokuset mestring og når det er omvendt at pasienten opplever at situasjonen kan endres eller kontrolleres er det problemfokuset mestringsstrategi som er tatt i bruk. Målet er å kunne regulere de følelsesmessige konsekvensene av hendelsen (Fjerstad, 2012). Ved det motsatte vil situasjonen man er i oppleves håpløs og meningsløs og det vil kunne være vanskelig å motivere seg selv til innsats. Dette vil også føre til at en nærmer seg dårligere helse på kontinuumet.

Vår forståelse av Heggedal (2008) sin tolkning av Antonovskys teori er at ved å forstå helse som et kontinuum, ikke et enten eller men ofte et både og, gir man pasienten muligheten til å kunne leve med helseproblemene som i denne sammenheng kan være både av fysisk,

psykisk og sosial art, og ikke bare ha fokus på å kvitte seg med dem. Erfaring viser ved å ha dette fokuset er vi med å løfte pasientene slik at de får en opplevelse av helse og mestring. Dette vil også være med å bidra til økt håp og mulighet til å mestre sin nye livssituasjon etter hjerneslaget. Antonovsky (2012) sier på bakgrunn av sin forskning at helse er ikke et spørsmål om hva mennesket utsettes for, men den enkeltes evne til å håndtere det som skjer i livet. Forståelse for egen situasjon beror på evne til vurdering, tilpasning og kapasitet til å ta i bruk sine ressurser (Tveiten, 2007). Opplevelse av sammenheng sier noe om hvordan vi plasserer oss selv inn i den sammenhengen vi lever i. Det har med forståelse av situasjon å gjøre. Ut i fra ulik forståelse vil vi også ha ulik forventning til om vi tror situasjonen er påvirkelig, om vi tror situasjonen lar seg forklare- eller om vi tror situasjonen byr på overkommelige utfordringer (Walseth, 2009).

Dette danner grunnlaget for hvordan vi møter ulike situasjoner enten med aktiv handling eller med passivitet. Lav opplevelse av sammenheng vil kunne gi en følelse av håpløshet og oppgitthet, motsatt vil gi en holdning der en tror det må være en logisk forklaring på det som skjer. For eksempel er det sikkert mulig å gjøre noe med situasjonen og en kan selv sannsynligvis påvirke utfallet. Vår erfaring viser at det kan være vanskelig for slagpasienter å forsones seg med tanken på at alt ikke er helt som før slaget. Ved at vi har fokus på det salutogene perspektivet, kan vi hjelpe pasienten til å se på kroppen sin som en kilde til informasjon. Erfaring viser at dette vil bidra til at pasienten blir mer deltakende i prosessen da pasienten selv må finne ressurser i sin egen kropp. Med andre ord en grunnholdning der håp og mestring er selvsagte elementer (Walseth, 2009). Dette underbygges av Zoffmann (2004) og Antonovsky (2012) sine teorier der støtte til begripelighet, håndterbarhet, mening og sammenheng er noe av det pasienten vil oppleve når bruken av guidet egen-beslutning lykkes.

5. Konklusjon

Ved bruk av helsekommunikasjon og Guidet Egen-Beslutning som metode er sentral og viktig i møte med pasienter for at de skal ta ansvar for egen helse, og for opprettholdes av håp og mestring i rehabiliteringsprosessen etter hjerneslag. Metoden GEB kan bidra til at pasienten kan formulere konkrete mål og se hva som er viktig for en selv, ta større ansvar for egen helse og øke pasientens evne til å leve med sykdommen. Dette innebærer at pasientrollen har gått fra å være passiv og autoritetstro, til å være aktiv deltagende i egen behandling. Gjennom et salutogenisk perspektiv og ved bruk av metoden vil sykepleieren kunne bevisstgjøre slagpasientens egne ressurser. Ved at sykepleieren tydeliggjør ressursene til pasienten og bistår med tilstrekkelig informasjon og veiledning gir det pasienten mulighet til å ha troen på å kunne bestemme over eget liv tross sin funksjonshemming og nye livssituasjon. Sykepleieren vil i utgangspunktet inneha rollen som støtteperson, motivator og som en pådriver. Den støttende holdningen er en forutsetning for et godt og trygt veiledningsforhold. Samarbeidet mellom sykepleier og pasient er grunnleggende for å styrke håpe, mestring og å fremme bevisstgjøringen. Dette for at pasienten skal kunne forstå og finne troen på fremtiden, egen helse i rehabiliteringsprosessen og leve godt med sin sykdom. Veien videre i eget arbeid vil være å kunne bevisstgjøre, kanalisere og implementere denne metoden for ledere, kollegaer og samarbeidspartnere spesialisthelsetjenesten og i kommunen.

Litteraturliste

*Adams, H., Adams, R., Zopp, D.G., Goldstein, L. B. (2005). Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke 2005 Guidelines Update A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*.36 ,916-921.

*Andersen, G., Damgaard, D., Forchammer, H.B., Iversen, H.K. (2012). *Apopleksi sykdom, behandling og organisation*. København: Munksgaard.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Askheim, O. P., Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal.

*Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Med innledning av Howerd S. Becker. Oslo: Universitetsforlaget.

*Bakken,L. N., Kim, H. S., Finset, A., Lerdal, A. (2012). Stroke patient`s functions in pesonal activities of daily living in relation to sleep and socio-demographic and clinical variables in the acute phase after first-time stroke and at six months of follow up. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 1365-2702.

Bredland, E. L., Linge,O. A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

* Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2008). *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Buseth, M. R. (2013). "På vent, men fortsatt håp". *Ergoterapeuten 2013 (4)*, 42-50.

Christiansen, B.(2013). *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Dahl, B., Romsland, G. I. & Slettebø, Å. (2014). Håp er drivkraften. Lokalisert på:
<http://sykepleien.no/forskning/2014/06/hap-er-drivkraften>

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

-
- * Engman, M & Lundgren, S. (2009). Vad innebærer rehabilitering och sjuksköterskan omvårdnad för patienter vid stroke? *Vård i Norden*, 29(3), 32-36.
- *Eide, H., Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Finbråten, H.S. & Pettersen, K, S. (2012). Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasientens «health literacy». *Vård i Norden*(3),47-52.
- *Finbråten, H. S & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien* (5), 60-63.
- Fjerstad, E. (2012). *Frisk og Kronisk Syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- * Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Krishnamurthi, R., Mensah, G. A., Connor, M., Bennett, D. A., Murray, C. (2013). Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* (383), 245-255.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61953-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61953-4)
- Forskrift om rehabilitering og habilitering, LOV-2011-06-24-30. § 3. (2011).
- *Fromm, E. (1971). *Det revolusjonære håp – om en humanisert teknologi*. Oslo : Dreyer Forlag.
- Heggedal, K (2008). *Kroppskunnskaping. Pasient som en ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse – og omsorgsdepartementet. (1998). Ansvar og meistring. (Meld. St. nr. 25, 1998-1999). Oslo: Departementet.
- Helse – og omsorgsdepartementet (2012-2013). Morgendagens Omsorg. (Meld. St. 29, 2012-2013). Lokalisert på: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?docId=STM201220130029000DDDEPIS&ch=1&q=morgendagens%20omsorg&redir=true&ref=search&term=morgendagens%20omsorg>
- Helse – og omsorgsdepartementet (2003). *Resept for et sunnere Norge*. (Meld. St. 16, 2002-2003). Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>

- *Indredavik, B.(2004). Hjerneslag. L, L. Wekre & K, Vardeberg (Red). *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes* (s, 125-148). Bergen: Fagbokforlaget.
- *Jarlbro, G. (2010). *Helsokommunikation-en introduktion.Sverige: Studentlitteratur AB,Lund.*
- *Kirkevold, M (2002). The unfolding illness trajectory of stroke. *Disability and rehabilitation*,24 (17), 887-898.
- *Kirkevold, M. (2010). The Role of Nursing in the Rehabilitation of Stroke Survivors. *Advances in Nursing Science*, 33(1), 27-40.
- *Kirkevold, M. (2014). Hjerneslag. M. Kirkevold, K. Brodtkorb A. H. Ranhoff (Red), *Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg.,s. 464-480). Oslo: Gyldendal Akademisk..
- *Kirkevold, M., Martinsen, R., Bronken, B. A., Kvigne, K. (2014). Promoting psychosocial wellbeing following stroke using narratives and guided self-determination: a feasibility study. *BMC Psychology*, 2:4. <http://dx.doi.org/10.1186/2050-7283-2-4>
- *Kolltveit, B. C. H., Graue, M., Zoffmann, V. & Gjengedal, E. (2014). Experiences of nurses as they introduce the Guided Self - Determination (GSD) counselling approach in outpatient nurse consultations among people with type 1 diabetes. *Vård i norden* 112(34), 22-26.
- *Korpershoek, C., Bijl, J. V. D & Haffsteinsdóttir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke:a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9).
- *Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Forskning*, 4 (8), 334-342.
- *Kvigne, K. (2004). *Når kvinner rammes av hjerneslag*. (Doktorgradsavhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.
- *Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publ.Co.

-
- *Lynch W.F. (1974). *Images of hope. Imagination as healer of the hopeless*. London: University of Notre Dame Press.
- *Martinsen, R., Kirkevold, M & Sveen, U. (2015). Young and midlife stroke survivor`s experiences with health services and long-term follow-up needs. *Journal of Neuroscience Nursing*. 47(1), 27-35.
- *Mathiesen, E.B., Njølstad, I., Joakimsen, O. (2007). *Risikofaktorer for hjerneslag*. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 127 (6), 748-750.
- *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (NRHS)(2010). Oslo: Helsedirektoratet.
- * Rustøen, T. (2006). *Håp og Livskvalitet*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Sletteland, N.(2014). *Helsekommunikasjon og digitale medier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sletteland, N. & Donova , R.,M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Solli, E.M.(2010). Veien tilbake til livet. *Tidsskriftet Sykepleien* (12), 57-59.
- Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Søk og skriv. (2015). IMRoD-modellen. Lokalisert 1.mai 2015 på <http://sokogskriv.no/skriving/struktur/imrod-modellen/>
- Thommesen, H. (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten,S. (2008). *Den vet best hvor skoen trykker...* Bergen: Fagbokforlaget.
- *Tveiten, S. (2012). *Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid*. Åse Gammersvik og Torill Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*.(s.173-193). Bergen: Fagbokforlaget.

- *Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Vidme, K. (2010). *Rehabiliteringstilnærming for mennesker med psykiske lidelser* (Masteroppgave) Bergen: Universitetet i Bergen.
- *Walseth, L., T. (2009). *Salutogenese*. Utposten nr 8.
- *World Health Organization (2015). Health Promotion. Lokalisert på <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/>
- *Wyller T., B. (2011). *Geriatrici En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Zoffmann, V. & Kirkevold, M. (2009) En personcentrert kommunikasjons -og refleksjonsmodell. *Klinisk sygepleje* (3) 41-59.
- *Zoffmann, V. (2004). *Guided Self- Determination a lifeskills approach developed in difficult Type 1 diabetes* (Doktorgradsavhandling). Aarhus: Universitet i Aarhus.

VEDLEGG 1

PICO- skjema

Problemstilling:

Hvordan kan vi fremme håp og mestring hos pasienter med hjerneslag i rehabiliteringsprosessen?

Pasient/Populasjon/ Problem HVEM?	Intervensjon/ Eksponering/ Tiltak HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcom/ Utfall RESULTAT?
Vibeke Zoffmann, 2004	Kommunikasjon		Guided self- determination
Stroke	Rehabilitation	Nursing	Self- efficacy/copingg
Stroke	Guided self - determination	Rehabilitation	Psychosocial wellbeing
Diabetes	Communication	Personal-sentered care	

AND

Søkehistorikk:

Database: Google Scholar

Artikkel: Guided Self-Determination a life skills approach developed in difficult Type 1 diabetes Ph.d.avhandling.

Forfatter: Zoffmann Vibeke

Publisert: Forskningsbasen.dk. Danish national research database, 2004

Søkeord: Vi hadde hørt om Zoffmann og metoden GEB hun utviklet gjennom et opplæringsseminar på Høgskolen. Utifra seminaret så brukte vi søkeordene Zoffmann og 2004. Vi fikk 764 treff. Avhandlingen fant vi som nr 6 når vi begynte å lete på artiklene nedover siden. Avhandlingen presenterer en beskrivelse av Zoffmanns doktorgradsstudie der hun utviklet metoden GEB. Metoden er utviklet for personer som har dårlig regulert diabetes type 1. Metoden som er blitt utarbeidet er overførbar og kan tilpasses vår målgruppe, noe vi fant relevant for vår oppgave.

Database: SveMed+

Artikkel: En perconcentrert kommunikasjons- og refleksjonsmodel. Fælles beslutningstagning i plejen af patienter med kroniske sygdomme.

Forfattere: Zoffmann Vibeke og Kirkevold Marit

Publisert i: Klinisk sygepleje 2009

Søkeord: Vi benyttet oss av søkeordene «diabetes» og «communication» med avhaking på «peer reviewed tidsskrifter» som ga 22 treff. Vi leste overskriftene på artiklene og fant meshterm « nurse patient relation» for å avgrense søket. Det ga 5 treff. Vi filtrerte søkeresultatet under språk til dansk da stod det oppført 3 stk i parentes. Det var en artikkel som så relevant ut, noe som gjorde at vi leste abstractet til artikkelen. Artikkelen ble inkludert da den handler om en prosess med å hjelpe pasienten å få innsikt til sin egen holdning til sykdommen som et nødvendig trinn til å forandre den.

Database: Oria,

Artikkel: Promoting psychosocial wellbeing following stroke using narratives and feasibility study.

Forfattere: Marit Kirkevold, Randi Martinsen, Berit Arnesveen Bronken og Kari Kvigne.

Publisert: BMC Psychology 2014

Søkeord: Først søkte vi på "stroke" og "guided self-determination" og avgrenset søket til fagfelleverdertidsskrifter, fikk da 450 treff. La til ordet "rehabilitation" og fikk da opp 41 treff. Ut i fra overskriftene fant vi to relevante artikler som vi leste abstraktet til. Ut i fra abstrakt landet vi på denne artikkelen som er en intervjustudie av hjerneslagsrammede. Studien besto av dialogbaserte møter (intervensjon) under det første året etter hjerneslaget. Ideen bak intervensjonen bygger på GEB metoden til Zoffmann og tar sikte på å fremme psykososial helse og velvære.

Database: Cinahl

Artikkelnavn: Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review

Forfattere: Corrie Korpershoek, Jaap van der Bijl & Thora B. Hafsteins

Publiser i Journal of advances Nursing 2011

Søkeord: stroke, rehabilitation, nursing. Denne kombinasjonen gav 964 treff, da dette blir for mange treff å gå igjennom la vi derfor til søkeordet and a systemaic review. Dette resulterte i 76 treff. Da det fortsatt var relativt mange treff måtte vi foreta en systematisk gjennomgang der vi begynte med å lese overskrifter for å se om det var noe som skilte seg ut og så relevant ut i forhold til vår problemstilling. Denne artikkelen lå som nr 3. Ved bruk av ordet self-efficacy i kombinasjon med de andre fikk vi et direkte treff på artikkelen. Denne artikkelen så veldig interessant ut på bakgrunn av blant annet artikkelnavn og innhold i sammendraget. Artikkelen ble inkludert fordi den blant annet omhandler det at mestring hjelper pasienten til å ha større kontroll over sin nye livssituasjon, samt sykepleierens rolle i denne prosessen i

forhold til mestringsstyrkende tiltak, (som i denne sammenhengen vi har valgt i oppgaven vår skal være Guidet Egen-Beslutning).