

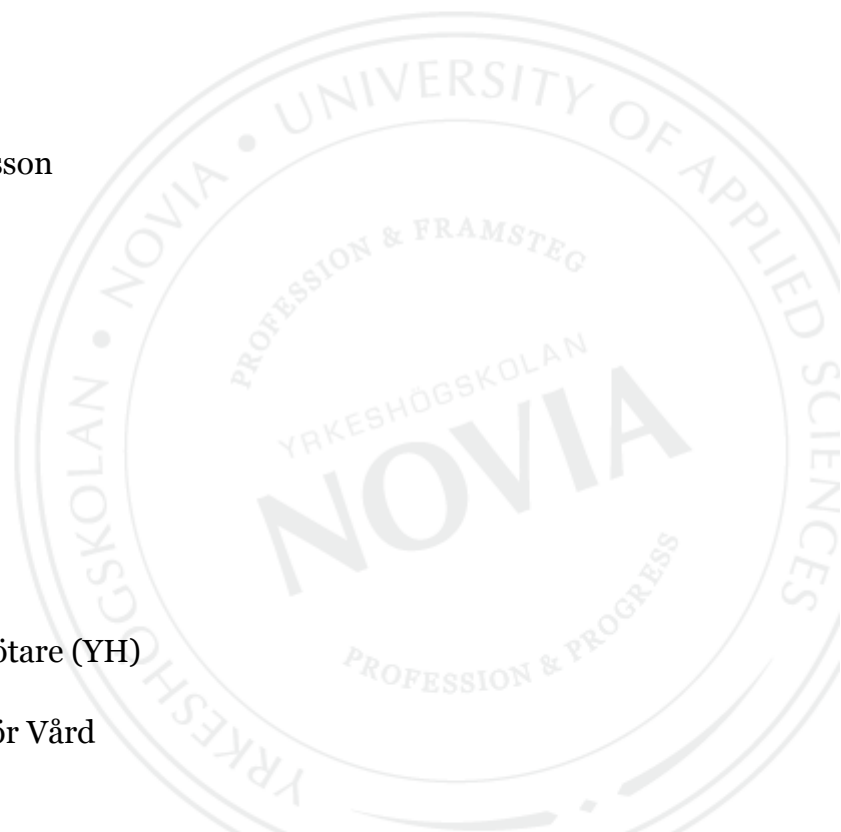
Systematisk och individuell rehabiliterande omvårdnadsplan efter stroke

Annika Snällström-Andersson

Examensarbete för sjukskötare (YH)

Utbildningsprogrammet för Vård

Mariehamn/ Åbo



EXAMENSARBETE

Författare: Annika Snällström- Andersson

Utbildningsprogram och ort: Vård, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Sjukskötare YH

Handledare: Heli Vaartio- Rajalin

Titel: Systematisk och individuell rehabiliterande omvårdnadsplan – efter stroke.

Datum 19.3.2012

Sidantal 26

Bilagor 1

Sammanfattning

Syfte med arbete är att kartlägga vad som är viktigt att ha med i en rehabiliterande omvårdnadsplan för att patienten skall få den bästa vården utifrån deras behov. Målet är att genom handledning till sjuksköterskorna på avdelningen framföra vad som är viktigt att tänka på gällande individuell systematisk rehabiliterande omvårdnadsplan. Arbetet är ett utvecklingsarbete för Geriatriska kliniken, avdelning Mellangårds. Datainsamlingen utfördes med hjälp av sökning i Ebsco.

Examensarbete är en litteratursstudie där den teoretiska delen analyserats utifrån vetenskapliga forskningar och litteraturböcker.

Resultatet visar att sjuksköterska har ett stort ansvar över att den individuella omvårdnadsplan upprättas, genomförs, utvärderas och bearbetas. Omvårdnadsplan är som ett hjälpmedel där målet är att säkerställa att de uppgjorda målen eftersträvas och utvärderas och ständigt omprövas. Patienten bör alltid vara delaktig i omvårdnadsplanen. En rehabiliterande omvårdnadsplan skall innehålla konkreta mål för rehabiliteringsprocessen, som patienten skall kunna förverkliga. Mål uppställs individuellt tillsammans med patienten för förbättring eller bevarande av patientens hälsa, funktionsförmåga, motivation och självständighet som skall eftersträvas. Det är inte enbart de fysiska handlingarna som skall dokumenteras utan även aspekter som att stödja och främja patientens självbestämmande och känslan av säkerhet. Målet med rehabilitering bygger på personlig utveckling som skall bidra till ökade möjligheter och ett ökat välbefinnande som innebär att patienten förbättrar sin funktionsförmåga.

Språk: Svenska Nyckelord: Rehabilitering, Stroke, Omvårdnadsplan, dokumentation,

BACHELOR'S THESIS

Author: Annika Snällström- Andersson

Degree Programme: Novia University of Applied Sciences, Nursing, Turku.

Specialization: General nurse

Supervisors: Heli Vaartio-Rajalin

Title: Systematic and Individual rehabilitative nursing care plan - after Stroke

Date 19.03.2012

Number of pages 26

Appendices 1

Summary

The purpose is to identify what is important to include into the rehabilitative nursing care plan for patient in order to receive the best care according to his needs. The aim is to express through the nurses' manual in the ward those things, which are important to consider in the real existing individual systematic rehabilitative care plan. This work focuses on the development of the Geriatric Clinic, Mellangårds Department. Data acquisition is performed with the help of EBSCO Research.

The submitted thesis is a review of scientific literature; its theoretical part includes an analysis, made by support of scientific research and literature.

The results show that the nurses have major responsibility for the individual care plan in its preparing, implementing, evaluating and processing. Health Care Plan is a tool, which aims to ensure the support of the objectives achievement and evaluation and its continuous re-examination - together with the patient - the one, who should always be involved. A rehabilitative care plan must include concrete goals for the rehabilitation process, which patients should be able to realize. The goal is individually planned together with the patient depending on improvement or maintenance of patient health, one's functional ability, motivation and independence, which should be sought. Not only physical aspects must be documented, but any aspects of support and promotion of patients' self-determination and sense of security as well. The goal of rehabilitation is based on the personal development, which will contribute to increased possibilities and greater well-being, including improving of functional ability of patient.

Language: Swedish

Key word: stroke, rehabilitation, documentation, nursing care plan

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Teoretisk bakgrund.....	3
2.1 Rehabilitering.....	3
2.2 Funktionsförmågan.....	4
2.1.1 Fysiska funktionsnedsättningar.....	5
2.1.2 Psykiska funktionsnedsättningar.....	5
2.1.3 Sociala funktionsnedsättningar.....	6
3 Stroke.....	8
3.1 Viktigt vid vård av stroke drabbade.....	8
3.2 Patientens delaktighet.....	9
3.3 Rehabiliterande omvårdnadsplan vid stroke.....	11
4 Betydelsen av att dokumentera rätt i rehabiliterande omvårdnadsplan.....	13
4.1 Uppbyggnad av en rehabiliterande omvårdnadsplan.....	13
4.2 Medicinsk Rehabiliteringsplan.....	14
4.3 Sjuksköterskans uppgifter i rehabiliteringen och vårdplaneringen.....	15
4.4 Systematisk rehabilitering.....	16
5 Metod.....	17
6 Resultat.....	19
6.1 Rehabiliteringsprocessen.....	19
6.2 Bedömning och kartläggning tillsammans med patienten.....	21
6.3 Rehabiliteringens mål tillsammans med patienten.....	22
7 Praktiska delen.....	23
8 Etiska aspekter.....	24
9 Diskussion.....	25
Källförteckning.....	27

Bilaga 1.Handledningsplan

1 Inledning

I folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 tas det upp att behovet av omsorg och vård ökar främst för personer över 85 år. Det är en stor utmaning att bygga upp den rehabilitering, omsorg och vård som äldre patienter behöver som eventuellt förlorat sin funktionsförmåga för att klara av vardagen. Statsrådet prioriterar att den äldre får en möjlighet att fungera i samhället, att få utvecklas och klara av att sköta sig själv för att klara av att leva ett självständigt liv med bra livskvalitet (Social och hälsovårdsministeriet 2001, s. 26).

Som sjuksköterska har man en viktig central roll i rehabiliteringen genom att stödja och uppmuntra patienten till att utnyttja sina egna resurser. Jag har valt att inrikta mig på dokumentation av rehabiliteringsomvårdnadsplan för att förbättra patientens möjligheter till rehabilitering. För att det skall kunna uppfyllas behöver en bra omvårdnadsplan utföras av sjuksköterskan. På grund av att min arbetsplats ändras från en långvårdsenhet till en rehabiliteringsavdelning som inte ännu har ett anpassat arbetssätt gällande utförande av planering av en rehabiliterande omvårdnadsplan.

Ålands hälso- och sjukvård ska i vårdprocessen främja och upprätthålla hälsa och välfärd, arbets- och funktionsförmåga samt till social trygghet. Utifrån beaktande av patientens behov av medicinsk vård/ rehabilitering, vetenskap och beprövad erfarenhet samt god vårdpraxis och goda rutiner. Förebygga, bota, ge lindring av sjukdom och handledning i syfte att stärka patientens påverkan i vårdprocessen. Genom vetenskap och beprövad erfarenhet samt god vårdpraxis innebär trygghet, respekt, lika värde och goda rutiner för patienten. (Landskapslag om hälso- och sjukvård, 2011/114 § s. 1, 15, 37).

Enligt § 7 journalhandlingarna ska det antecknas tillräckliga uppgifter som behövs för att en trygg god vård utförs, planera, tillhandahålls och följs upp för en patient. Dokumentation ska vara tydlig och förståelig (Social och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar, 2009/298 § s. 7).

Arbete görs genom ett utvecklingsarbete för min arbetsplats som är en långvårdsenhet i dagsläget. Det finns ett pågående projekt som innebär en förändring på geriatriska kliniken, där syftet är att hela långvårdsenheten görs om till ett rehabiliteringscenter för att få mera korttidsvård där patienten kommer hem snabbare.(Andersson, C. 2010).

Mellangårds avdelning har totalt 28 patientplatser. Där vårdas mest äldre patienter, men även en del yngre. Till avdelningens uppgifter hör att rehabilitera patienter från den kirurgiska och den medicinska enheten. Även intervall platser för medicinsk rehabilitering eller för avlastning för anhöriga som vårdar i hemmet. Personalgruppen består av avdelningssköterska, biträdande avdelningsskötare, sjuksköterskor, närvårdare/primärvårdare och läkare. Problemet på vår avdelning med rehabiliteringsplanen är att det bara skrivs att patienten kommer in för mobilisering eller rehabilitering av stroke. Långvårdsavdelning som idag vårdar äldre av olika sjukdomar skall inom en snar framtid övergå till en rehabiliteringsavdelning för just stroke och höftfrakturer varav jag har valt att avgränsa mig på den Stroke drabbade patientens rehabiliterande omvårdnadsplan.

I Finland är stroke (cerebrovaskulär händelse) den främsta orsaken till funktionshinder och de vanligaste hjärt- och kärlsjukdomarna är även vanligaste orsakerna till dödlighet. För hälso- och sjukvården innebär det lång rehabilitering med mycket resurser innan hemgång blir aktuellt (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011).

Mitt syfte med detta arbete är att kartlägga vad som är viktigt att ha med i en rehabiliterande omvårdnadsplan för att patienten skall få den bästa vården utifrån deras behov. Mitt mål är att genom handledning till sjuksköterskorna på avdelningen framföra vilka viktiga aspekter som skall tänkas på vid dokumentation kring rehabiliterande omvårdnadsplan. Utifrån frågeställningarna hoppas jag få svar från forskningar vad skall dokumenteras för att synliggöra rehabiliteringen i dokumentation av omvårdnadsplaner. Mina frågeställningar är:

1. Hur skall viktiga aspekter synas kring fysiska, psykiska och sociala funktionsförmåga samt rehabilitering i omvårdnadsplanen?
2. Hur skall patientens deltagande till beslutsfattning gällande egen vård i rehabiliterande omvårdnadsplanen synas?

Jag valde att avgränsa mig till rehabiliteringen kring strokepatienter med fysiska, psykiska och sociala funktionshinder för att jag tycker att det är en viktig del i den rehabiliterande processen så att patienten får den vård den behöver. Dels finns ett behov att få in en bättre rehabiliterande omvårdnadsplan.

Som metod har jag använt mig av litteratursökningen och innehållsanalys. Sökord, artiklar och internet källor har valts utifrån frågeformuleringen kring mitt mål med examensarbete. Litteraturstudien analyseras och utifrån det formar jag min handledningsplan som skall framföras till sjuksköterskorna på avdelningen.

2 Teoretisk bakgrund

Rehabilitering innebär en målinriktad och tidsbegränsad process som syftar till att möjliggöra för en försämrad patient att uppnå en optimal psykisk, fysisk eller social funktionsförmåga, vilket innebär att patienten genom ett verktyg ger en förändring i deras liv. Det kan handla om åtgärder som syftar till att kompensera en förlust av den funktionella begränsning som genom tekniska hjälpmedel och andra åtgärder som syftar till att underlätta den sociala anpassningen eller förändringen i livet. (Cameron, 2010, s. 1052).

Det åländska hälsopolitiska programmet inriktar sig på att främja och förebygga ohälsa, hindra eller motverka sjukdom genom att stärka det friska och stödja faktorer som bidrar till att bevara och utveckla hälsan. Genom aktiverande och rehabiliterande insatserna som att bevara och stärka de äldres funktionsförmåga, initiativkraft och uppnå bästa möjliga hälsa efter sina egna individuella förutsättningar.

”Hälsa utgör en av de viktigaste resurserna för att människan ska kunna uppnå sina livsmål och utgör en central del av livskvaliteten och välbefinnandet” (Social- och miljöavdelningen socialvårdsbyrå, 2010, s. 5-6).

2.1 Rehabilitering

Begreppen rehabilitering och habilitering går hand i hand, där det handlar om en process som oftast inte är kortvarig. Båda begreppen bygger på personlig utveckling som kan leda till ökade möjligheter och ett ökat välbefinnande. Habile betyder duktig, skicklig, och re betyder åter. (Holm & Jansson, 2003, s. 15). Rehabiliteringen kan beskrivas som ett verktyg till patienten, som då innebär att inte bara de fysiska gärningar som det strävas efter utan även andra perspektiv som inkluderar att stödja patientens självbestämmande och främja en känsla av säkerhet och att få ett meningsfullt liv. Rehabiliteringen kan bidra till att upprätthålla och återställa en patients funktionsförmåga och ge en bra

livstillfredsställelse genom att öka det psykiska välbefinnandet och upprätthålla patientens sociala status. (Routasalo, Arve & Lauri 2004, s. 207-208).

Rehabilitering medför ett patientnära arbete där man utgår från att stödja patientens rehabilitering snarare än att bli en rehabiliteringsåtgärd. Målen eftersträvas genom ett rehabiliterande arbetsätt, där det centrala är att hjälpa patienten att identifiera, öka och använda sina egna resurser samt att hjälpa klienten att övervinna olika hinder, skapa och utöka möjligheter att nå bästa tänkbara balans utifrån förutsättningar och behov. Genom kartläggning av rehabiliteringsbehov och resurser, även uppgörande av rehabiliteringsplan och ett genomförande och utvärdering av den. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2005, s. 19, 30-33). Med rehabilitering menas att en individuell förändring och lärande process som syftar till att uppnå ett optimalt mål och hitta sätt att stödja till ett bra liv (Kuntoutusportti 2004, Allmän rehabilitering).

2.2 Funktionsförmågan

Funktionsförmågan delas vanligen in i fysiskt, psykiskt och socialt delområde. Det är inte bara hinder och möjligheter i patientens omgivning som förändras utan även de fysiska och psykosociala egenskaperna och förutsättningarna i funktionsförmågan. Till den psykosociala biten hör patientens psykiska hälsa, självkänslan, interaktionsfärdigheter och den sociala biten i vardagen. (Kettunen m.fl 2010, s. 19-20).

En livsavgörande händelse inträffar som påverkar det dagliga livet, kroppen sviker, är opålitlig och lyder inte som förut en känsla av maktlöshet kan förkomma. Träning av kroppens funktioner ses som en aktivitet som leder till ett återtagande av kontroll över kroppen som svikit. Genom att vårdas av intresserad och kunnig personal med erfarenheter av den professionella vård som patienten behöver den genom ett rehabiliteringstänkande i processen skapas en central träning som då ger den drabbade möjligheter att komma tillbaka till ett normalt liv. (Rejnö & Von post, 2007, s. 51).

2.1.1 Fysiska funktionsnedsättningar

Definitionen av funktionsnedsättningar beskrivs i litteraturen som det är en skada eller avvikelse från den normala funktionen i en kroppsdel på grund av fysiska och psykologiska orsaker, vilket innebär svårigheter för patienten att i olika situationer utföra olika aktiviteter (Holm & Jansson, 2003, s. 22-23). Målet med rehabiliteringen skall vara att patienten förbättrar sin rörelseförmåga, kan återfå förlorade färdigheter och om möjligt kunna anpassa sig till en ny livssituation. Rehabiliteringens syfte är att genom att fånga upp rörelseminnen från tidigare inlärd funktioner och genom aktiv träning som innebär att patienten självständigt försöker göra så mycket som möjligt. Rehabiliteringsåtgärderna riktas mot de funktioner som handlar om den personliga hygien dagligen och korta förflyttningar till att börja med. Därefter inriktas rehabiliteringen på att öka rörelseförmågan och klara av att förflytta sig i omgivningen och ute i samhället. (Ericson, 2002, s. 145).

Redan efter första dygnet påbörjas träning samtidigt som patientens tillstånd observeras, kartläggs symtom och träning för att återvinna förlorade funktioner (Almås, 2004, s. 782). Sömnbrist ger patienten dålig nattsömn vilket innebär trötthet, irritabilitet och koncentrationssvårigheter som gör att rehabiliteringen försvåras dagtid. Sjukgymnasten ser till att patienten utför vanliga aktiviteter på ett normalt sätt och hjälper patienten till att bli medveten om var hon har sin kropp och hur hon använder kroppen i olika övningar. Även övrig vårdpersonal och närstående handleds och undervisas i hur de på bästa sätt kan stödja och hjälpa patienten. Arbetsterapeuten kartlägger de konsekvenser som motoriska, sensoriska och de kognitiva störningarna för att öka patientens möjligheter att utföra de dagliga aktiviteterna. Därefter bedöms och tränas patienten utifrån de egna resurserna. När patienten lider av kommunikations störningar, nedsatt oral motorik och sväljproblem bör de bedömas av logoped. Vid rehabilitering av sväljförmågan åtgärdas man genom anpassad kostkonsistens eller genom ändrad huvudposition eller sittställning. (Larsson & Rundgren, 2003, s. 240-246).

2.1.2 Psykiska funktionsnedsättningar

Den psykiska funktionsförmågan påverkar många patienter med sorg över de förlorade funktionerna och ångest/oro över att inte bli som före skadan och gör att patienten kan bli

deprimerad.(Holm & Jansson 2003, s.148), vilket innebär för patienten att förmågan att delta i rehabiliteringen hotas och förenat med ökad dödlighet och medför minskad funktionsförbättring (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff-Hylen 2008, s. 403-406). För anhöriga kan det vara svårt att hantera de personlighetsförändringar som blir mera framträdande hos patienten, till exempel aggression och retlighet som ofta visar sig i olika situationer. Anhörigas brist på information och rädsla kan bidra till att de ha svårt att bemöta patientens reaktioner. Risken finns då att problemet förnekas och patientens reaktioner förstärks. (Holm & Jansson 2003, s. 148).

Intellektuell funktionsnedsättning innebär att patienten får svårigheter vid rehabiliteringen där störningar i närminnet gör att personalens instruktioner snabbt glöms bort. Kartläggning och uppföljning av patientens funktionsförmåga kan göras enligt olika skattningsskalor som ADL förmågan (Katz index, MMT- minimal mental test och FIM-functional Independence Measure). (Larsson & Rundgren, 2003 s. 240-246). De psykiska förändringar som kan uppkomma beror på var hjärnskadan inträffat och kan vara en reaktion på det inträffade. Många av patienterna drabbas av trötthet, speciellt under någon form av tankeverksamhet. Förtvivlan och ångest är vanlig och patienten kan känna oro för att drabbas av en ny stroke. Aggressivitet är vanligt och frustration mot vårdpersonalen speciellt vid afasi och har svårt att göra sig förstådd.. Miljön kring patienten bör vara lugn, att begränsa antalet vårdpersonal och att uppmana anhöriga att aktivt delta i vården så mycket som möjligt. Psykologiska stödinsatser som kristerapi och samtal med patient och anhöriga faller på psykologens område. Patienterna påverkas ofta genom att de blir uttröttade när de ska läsa, tala eller har någon form av tankeverksamhet. Initiativförmågan och kortidsminnet påverkas mer eller mindre beroende på hur patienten drabbats. (Larsson & Rundgren 2003, s. 243-247).

2.1.3 Sociala funktionsnedsättningar

För den sociala funktionsnedsättningen innebär att en betydande förändringar sker i självförståelse och identiteten. Vilket kan upplevas ett potentiellt hot mot den personliga integriteten (Kirkevold m.fl. 2008, s. 411). Genom de sociala rehabiliteringstjänsterna syftar man till att trygga de sociala funktionsförmågorna, öka möjligheterna att kunna åter delta i det sociala livet, se till möjligheter att klara sig i vardagslivet och därtill även

undanröja olägenheter och hinder som följer av den försämrade funktionsförmågan. Genom aktiviteterna borde syftet vara att främja den fysiska rehabiliteringen och stöda den psykosociala rehabiliteringen. (Kettunen m.fl. 2005, s. 351-352).

Det dagliga livets aktiviteter inom samtliga aktivitetsområden påverkas. Konsekvenser av skadan kan bli exempelvis, svårigheter med tids- och rumsuppfattning, livsglädjen, sociala förmågan, motivation, kroppsuppfattning, rädslan och sorg och som att hitta till affären. (Holm & Jansson 2003, s. 146-150). Det sociala nätverket hör till en viktig del för patienten, ju mera stöd patienten har av de sociala kontakterna desto bättre är möjligheterna till rehabilitering. Med det sociala nätverket avser man familjen, arbetsgemenskapen och de närstående. (Kettunen m.fl. 2005, s. 45-46). Yu Huang m.fl. (2010, s. 2753-2760) menar att ett socialt stöd är särskilt viktigt vid stroke eftersom patienter med en depression oftare konfronteras av stress. Depressionen kan orsaka cerebrovasculära sjukdomar, vilket kan öka risken för ytterligare en stroke och som indikerar på att den tidigare ofta är otillräckligt behandlat och hanterat. Därför är psykosociala viktiga, som att hitta sätt att lindra symtomens element. Ett socialt stöd för den stroke drabbade skulle innebära en betydande skillnad för patientens hälsoreultat genom att sjuksköterskan planerar adekvata strategier för att öka den sociala biten. I forskningen framkom även att det sociala stödet är en viktig faktor i återhämtningen från en depression eller dålig livskvalitet. Mangset m.fl. (2008, s. 832-833) tar upp i sin forskning att en grundläggande faktor som bidrar till att patienten tillfredsställs med rehabiliteringsåtgärderna, är att bli behandlad med respekt och värdighet. Fem viktiga aspekter tas upp, bli behandlad med mänsklighet, att erkännas som individer, att deras självständighet respekteras, förtroende och tillit till vårdpersonal och att ha en dialog och utbyte av information.

Informationen i sig är en relativt svag metod för utbyte av beteendemässiga effekter. För att nå en framgångsrik rehabilitering, innebär det även att påverka andra psykologiska faktorer än bara kunskap eller mängden information. Olika mönster i patientens funktionsförmåga, känslor och beteenden kan ni sin tur påverka återhämtning av resultat. (Johnston m.fl. 2006, s. 1118). För att en funktionell framgång av rehabilitering skall ske bör en strategi som omfattar patientens uppfattningar och personliga deltagande vara med. Forskningen visar sig att behovet av att behandlas med respekt och värdighet var starkt relaterat till strokepatienters känslor av sårbarhet och beroende. Det hävdades att information och helt enkelt att lyssna till patienter är viktig omvårdnads aktivitet. Äldre

strokepatienter är sårbara, och deras mentala kapacitet är begränsad som en följd av sjukdomen. I den kliniska miljön bör man som sjuksköterska vara medveten om hur kvaliteten i den dagliga omvårdnaden påverkar patienters självkänsla och deras känsla av att behandlas med respekt och värdighet. (Mangset m.fl. 2008, s. 832-833).

3 Stroke

Stroke är den sjukdomsgrupp som hör till en av de mest kostnadskrävande i Finland. Flera rehabiliteringsperioder ingår ofta i vårdkedjan för stroke, dessutom uppstår det nya vårdtillfällen vid återfall (Institutet för hälsa och välfärd, 2007). En stroke innebär att ett slagfall medför en cerebrovaskulär skada när hjärnvävnaden drabbas av ischemi och näringsbrist. Det orsakas av en tilltäppning av en artär som försörjer en del av hjärnan. Det innebär att en lokal cirkulationsstörning drabbar hjärnans kärl. Stroke har flera benämningar som innefattar olika delar av hjärnan. (Mätzsch & Gottsäter 2007, s. 45).

3.1 Viktigt vid vård av stroke drabbade

Att insjukna i stroke drabbas av en försämrad funktionsförmåga vilket varierar från patient till patient och beror på vilka delar av hjärnan som skadats. De vanligaste funktionshindren är trötthet, sväljsvårigheter, afasi, känselbortfall, halvsidig förlamning, även personlighetsstörning och psykiska och fysiska förändringar sker. Genom att med ett rehabiliterande arbetssätt ta fasta på patientens styrkor med målet att höja välbefinnandet och livskvaliteten. Hos den som drabbas av stroke skadas en del av hjärnvävnaden permanent och i det område lyckas inte nervcellerna att klara av att sköta sin uppgift vilket innebär att patienten måste lära sig på nytt (Egentliga finländska sjukvårdsdistriktet, 2008).

Det har framkommit att bevisen för stroke rehabilitering har expanderat kraftigt under det senaste årtiondet och utvecklingen går framåt mot en verklig evidensbaserad vård. Genom ett starkt bevis till stöd för stroke rehabilitering har det även ökat nivåerna av bevis och fått en bättre förståelse för våra individuella terapeutiska metoder. För närvarande har vi en

skyldighet att ge våra patienter den bästa möjliga stroke rehabiliteringen och åtgärder som behövs, men vi får aldrig glömma att vi också är skyldiga våra patienter i framtiden möjligheten att dra nytta av våra fortsatta forskningar och förfrågningar kring ämnet. (Walker 2007, s. 197). Med en reflekterande planering och en bättre förståelse av vilken typ av evidens som utgör basen av sammanhanget där det ska genomföras, vilken typ av möjligheter som krävs minskar risken för misslyckandes. Att göra förändringar är en lång process är krävande på en arbetsplats. Under de senaste åren har dock en förändring skett bland sjuksköterna genom att kunskap om och från forskningar har ökat och värderingar har förändrats. (Forsberg & Wengström 2010, s. 103-104). Halvsidig förlamning med slappa pareser och afasi kan eventuellt förekomma hos en patient med stroke. En bristande uppmärksamhet av den förlamade sidan kan förekomma trots en normal sensorisk funktion, en störning i förmågan att utföra viljestyrda målinriktade rörelser trots en normal muskelfunktion. Rums och riktningstörningar och anosognosi som innebär en nedsatt förståelse av medvetenhet om symtom (Kirkevold m.fl. 2008, s. 402).

3.2 Patientens delaktighet

Patienten har alltid den viktigaste rollen och skall alltid vara delaktig i planeringen av målsättningen (Ericson 2002, s. 145). För den drabbade och närstående innebär stroke ofta drastiska förändringar i deras livssituation. För sjuksköterskan innebär det särskild lyhördhet och observationsförmåga för att kunna tolka en patient med afasi. Det är viktigt att försäkra sig om att patienten kan höra vad som sägs. Logopedens målsättning för patienten är att förbättra patientens bristande kommunikationsförmåga och informerar anhöriga och andra vårdgivare om patientens svårigheter. Beroende på sjukdomens svårighetsgrad är alltid patientens personlighet och bakgrund av stor betydelse. Kuratorn stödjer patienten och dennes närstående med krisbearbetning, stödjande samtal, information och förmedling av sociala stödåtgärder samt även råd vid ekonomiska och juridiska ärenden. (Larsson & Rundgren 2003, s. 244-247).

En tidigare studie som gjordes på en kombinerad akut och rehabiliterande Strokeenhet påvisade att patienter ser möjlighet att dela erfarenheter med andra som de kände gemenskap med vilket bidrog till att de inte kände sig utsatta, genom att se andras framsteg såg de tydligare sig själv och sina egna framsteg. De fick en förståelse för att stroke

drabbar olika och kunde känna sig tacksamma för hur de själva drabbats. Att vårdas där upplevde patienterna att läkarna var personliga, personalen snäll, det kändes tryggt, men ibland långsamt. Patienterna blev sedda som unika med speciella behov och fick den hjälp som behövdes. (Rejnö & Von Post 2007, s. 50). Rehabilitering är en aktiv förändringsprocess för patienten, som under denna process utvecklar ett rehabiliterande sätt och för sig själv bästa metoder så att han/hon klarar av att leva ett så vanligt vardagsliv som är möjligt med de fysiska kraven, men även de sociala samspelet. Under rehabiliteringen bör patienten på nytt lära sig vissa funktioner eller hitta på andra metoder att utföra funktionerna. Ur den rehabiliterande patientens synvinkel kan man se rehabiliteringen som en process där tanke-, handling, och känslomodellerna förändras. För patienten gäller det att få kunskap om rehabiliteringens olika faser och personligen bearbeta dem samt att tillägna sig färdigheter och använda dem. Men för att nå detta är det viktigt att inläringen berör patientens känslor och värderingar. Patienten måste kunna uppleva att saker och ting är betydelsefulla och värdefulla för vardagen. (Kettunen m.fl. 2005, s. 48-49). Egenmakt, självständighet och kontroll av sitt liv, bättre hälsa och lycka medför en bra rehabilitering. För att hitta lösningar till olika livssituationer och för att uppnå ett mer balanserat och säkert liv förutsätter en bra rehabiliteringsplan. (Kuntoutusportti, 2004). Aspekter som är ett stöd för patientens självbestämmande kan främja en känsla av säkerhet och ett meningsfullt liv. Där omvårdnad är en viktig del i rehabilitering som innebär att bevara och återställa en patients funktionsförmåga, öka livstillfredsställelse och det psykiska välbefinnande som att upprätthålla den äldres sociala status. (Routasalo m.fl. 2004, s. 208).

Resultatet i en artikel om ”patientens behov av information vid ankomst till en geriatrisk/rehabiliteringsavdelning” visar att det generellt brister vid information gällande vad som väntar dem på rehabiliteringsavdelning. Patienten får ingen formell förklaring till syftet med rehabiliteringen, vad som väntar dem. Patienter uppfattar inte bristen på information som ett problem utan en känsla av att de blir accepterade snarare än att de har en känsla av oro inför flytten, möjligen tyder de på en känsla av förtroende till vård systemet där kunskaper och metoder värderas mest. (McKain, Hendersen, Kuys, Drake, Kerridge & Ahern 2005, s. 707-709).

3.3 Rehabiliterande omvårdnadsplan vid stroke

Viktigt att utgå från patientens funktioner vid kartläggning av den drabbades begränsningar, möjligheter och behov som är viktiga för att kunna bedöma vilken rehabiliteringsinsats som behövs för att kunna åtgärda så optimala förbättringar för patienten. (Holm & Jansson 2003, s. 20). Viktigt är även att förhållandena runt patienten anpassas efter hans behov genom att uppmuntra till aktivitet, stimulera de kognitiva förmågorna och samverka mellan kroppshalvorna för ett normalt rörelsemönster samt även stimulera till inläring av normal motorik vid de dagliga sysslorna. (Almås 2004, s. 783).

Det är viktigt att patienten får möjligheter att använda sina egna resurser och får hjälp där hans resurser inte längre räcker till eller saknas. Observationer från vårdpersonalen är viktiga för att planeringen av omvårdnadsåtgärder tillsammans med vårdteamet skall ha en fungerande vårdkedja kring patient och närstående.

”Viktigt att tänka på att patienten bör få god tid på sig att försöka uttrycka sin vilja, sina behov, tankar och känslor och får en chans att svara på frågor. Man skall inte själv besvara frågorna” (Larsson & Rundgren 2003, s. 245-246).

En rehabiliterande omvårdnadsplan görs individuellt utifrån patientens funktionsförmåga. Den utarbetas av patientens vårdteam som består av sjuksköterska, läkare, övrig personal, arbetsterapeut, sjukgymnast. Vårdplanen utgör ett viktigt instrument för att säkerställa att de mål som gjorts upp eftersträvas och utvärderas och ständigt omprövas. (Ericson 2002, s. 145). I vårdplanen ska huvudmål och delmålen klart definieras och planeras tillsammans med patienten och rehabiliteringsteamet. Vårdpersonalen har ansvar för den dagliga aktiveringen och mobilisering. Informationen skall individ anpassas om sjukdomsförloppet och ges till patienten och närstående under upprepade gånger under rehabiliteringsförloppet. (Larsson & Rundgren 2003, s. 245-246). Patienten och närstående skall kunna uppfatta målsättningen som realistiska och lämpliga. Som sjuksköterska gäller det att vara lyhörd för önskemål, rädslor och planer från patient och närstående. Om patient och närståendes syn på målen avviker avsevärt är det viktigt att diskutera fram en lösning som är tillfredsställande som möjligt för alla partner. När målen blivit tydliga är det viktigt att de spjälkas upp i mindre delmål för att lättare kunna glädjas över då de uppnås och konkreta framsteg är en effekt. (Kettunen m.fl. 2005, s. 88).

I en studie som gjordes i Danmark, Finland och Sverige fanns det de som sa att det var nödvändigt att prata med patienten innan realistiska mål gjordes. Diskussioner med närstående ansåg inte nödvändigt. I Danmark var mål tydligt beskrivet i patientens journal medan det i Finland och i Norge inte var ordentligt beskrivet i journalen. Trots att sjuksköterskorna påstod att de pratade med patienterna om deras mål och de specificerade mål i patienternas journaler, var inte alla sjuksköterskor i själva verket medvetna om dessa mål. Detta är ett alarmerande resultat: om sjuksköterskor är medvetna om patientens mål, så helt klart är det omöjligt för dem att förbinda sig till att mål och arbete metodiskt skall kunna utföras. Det innebär också att utvärdering av framstegen och kvaliteten på vård blir omöjligt. Sjuksköterskor på Finland och Norge sade att patienter och deras familjer deltog i laget och att sätta mål. Dessa mål fanns tydligt dokumenterade i Danmark, alla sjuksköterskor var involverade i dokumentationen. (Routasalo & Wagner & Virtanen 2004, s. 224-226). Sjuksköterskans dokumentation kring diagnos, resultat och interventioner är sällan dokumenterat enligt vårdplan i kliniska miljöer. Studien visade även att det tidigare ofta var ospecifika och felaktigt formulerade diagnoser vilket leder till olämpliga omvårdnadsåtgärder gällande målen i plan. (Jansson & Pilhammar - Andersson & Forsberg 2009, s. 611).

Dokumentation kring patientens sociala förhållande visar sig vara få och ofullständiga. Oftast fanns det tillräckligt om närståendes kontakt uppgifter, bedömning av patientens ADL-förmåga var tillräcklig, men informationen var sällsynt i övriga dokumentet. Betydelsefulla uppgifter om patienten som person saknades i stor utsträckning. För att kunna ge ett underlag för beslut om lämplig rehabilitering är det rimligt att träffa patienten personligt så de kan vara delaktiga personligen i planeringen. Information kring nuvarande intressen, yrke, boende eller tidigare aktivitet är viktigt i beslut. Då eftervård skall planeras tar man del av patientens funktionsförmåga. Det visade sig även att en bedömning av omfattande hjälpbehov saknades i epikriser. I epikriserna fanns även uppgift om nästa vårdgivare, men avsaknaden av tydliga instruktioner rörande patientens vidare vård och rehabilitering samt kvitteringsrutiner torde kunna bidra till att uppföljningen av patientens slaganfall allvarligt äventyras. Uppgifter kring levnadsvanor, vitala funktioner var endast ögonblicksvärden, men antecknade vid ankomst till sjukhuset. (Hassler & Krakau 2005, s. 2227-2229).

4 Betydelsen av att dokumentera rätt i rehabiliterande omvårdnadsplan

I detta avsnitt kommer jag att lyfta fram en betydlig prioritering hur en rehabiliterande omvårdnadsplan bör upprättas.

4.1 Uppbyggnad av en rehabiliterande omvårdnadsplan

När en rehabiliterande omvårdnadsplan upprättas utgår man från omvårdnadsdiagnoser och mål. En viktig del i dokumentation av planerade och genomförda åtgärder är att tydligt beskriva den information som patienten får. Strukturen bygger på vårdprocessens faser som: bedömning, diagnos, mål, planering, genomförande och utvärdering. Genom att lyfta fram en betydlig prioritering av patientens väsentliga problem, innebär att de utgör grunden för den vårdplan som ska göras, ett första steg är att beskriva målet som skall gälla för vården. Viktigt att även beskriva de mellanmänniska aspekterna i samspelet med patienten. När det gäller omvårdnadspektivet riktas uppmärksamheten mot patientens reaktioner på sjukdomen. Syftet är att ge patienten och närstående den hjälp och stöd de behöver för att kunna hantera situationen. (Kristoffersen - Jahren, Nortvedt & Skaug 2006, s. 108-109). En omvårdnadsdokumentation ska innehålla en klar och tydlig dokumentation där patientens individuella behov, beskriven planering, genomförande och effekter av omvårdnads arbete. Dokumentation skall vara utformad på ett sätt som bidrar till att säkra patientsäkerheten och som ger en grund för kontinuerlig utvärdering och revidering av vårdinsatserna (Björkvell 2002, s. 34).

I en studie framkom det hur viktigt det är att arbeta med införande av standardiserade vårdplaner, ett viktigt sätt är att implementera evidensbaserad kunskap och att göra ett arbete av hög kvalitet. Detta gäller vid vanlig dokumentation men förekommer även vid rehabiliterings omvårdnadsplan. Det innebär även att omvårdnadsdokumentation kan förbättras och arbete underlättas för sjuksköterskan. Det framkom även att mer kunskap om vad evidensbaserad kunskap behövs för sjuksköterskan. (Fogelberg & Wadensten 2008, s. 2145). Gemensamma mål, utvärdering och dokumentation är avgörande förutsättningar för systematisk omvårdnad. Sjuksköterskor i Danmark, Finland och Norge hade ganska lika uppfattningar om geriatrisk rehabilitering omvårdnad och konsekvent erfarenheter av att arbeta i rehabiliteringen av äldre patienter. (Routasalo m.fl. 2004, s.

226). I en studie av Forsberg och Wadensten (2008, s. 2139) framkom det att en bättre användning av standardiserad vårdplan skulle förbättra sjuksköterskors tillgång till lämplig och korrekt information i beslutsfattande, genom att förbättra och därmed kartlägga processen och vårdkvaliteten. Standardiserad vårdplan underlättar arbete och ökar kunskaper till att få en möjlighet att förbättra vårdkvaliteten genom att använda sig av elektronisk dokumentation. En omvårdnads dokumentation är en förutsättning för att god patientvård skall kunna ges. Viktiga aspekter som patientens egen uppfattning kring andligt tillstånd, smärtbedömning och de pedagogiska behoven har antingen dokumenterats dåligt eller inte alls (Laitinen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2010, s. 489).

4.2 Medicinsk Rehabiliteringsplan

Målet med medicinsk rehabilitering är att förbättra och bevara patientens arbets- och funktionsförmåga, livshantering och möjligheter att självständigt klara av de dagliga aktiviteterna (Kettunen m.fl. 2005, s. 344). Rehabiliteringsplanen baseras på en noggrann kartläggning av patientens behov, förutsättningar, resurser och livssituationen. Tillsammans med patientens uppställs mål för rehabiliteringen, metoder och en tidtabell. De tjänster som behövs inom den individuella rehabiliteringsplanen nämns inom olika delar av områden. Möjligheterna till bra rehabilitering främjas genom omsorgsfull planering. En god rehabilitering beskrivs som en process där betydelsen av förhandsplanering betonas.

Behoven beaktas och utifrån de mål som finns, där försöker man genomföra rehabiliteringen genom högklassiga och allmänt accepterade rehabiliteringsmetoder där det är nödvändigt att patienten deltar när planen görs upp eftersom det är patienten som är den bästa experten på sin situation. (Kettunen m.fl. 2005, s. 36-37).

4.3 Sjuksköterskans uppgifter i rehabiliteringen och vårdplaneringen

Sjuksköterskor har en viktig roll i att motivera och ge känslomässigt stöd till patienter och deras vårdare. (Routasalo m.fl. 2004, s. 208). Ett professionellt förhållningssätt i rehabiliteringsarbete behövs från sjuksköterskan, vilket innebär att alltid sträva efter att sätta den rehabiliterande patientens behov först. Sjukskötarens förhållningssätt ska vara att ge stöd, uppmuntra, stimulera och ge den hjälp som behövs. (Holm & Jansson 2003, s. 34,150). Sjuksköterskan har ansvar över att omvårdnadsplanen upprättas, genomförs, utvärderas och revideras så att planen alltid är aktuell (Larsson & Rundberg 2003, s. 245-246). I tidigare studier framkommer det att sjuksköterskan ska se till helhetsperspektivet och lyfta fram de aktuella problem som kan hindra rehabiliteringen. För sjuksköterskan ska kunna göra en bra bedömning förutsätter att hon deltar i omvårdnads arbete och inte bara är en samordnare. (Engman & Lundgren 2009, s. 32). Sjuksköterskan är utbildad till att göra de kliniska bedömningar om en patients svar på de konstaterade och de eventuella hälsoproblem som pågår, kunna ange förväntade utfall av omvårdnad och formulera en plan för att åtgärda en bra omvårdnad. Det innebär att sjuksköterskans dokumentation av individuella vårdplaner bör utgå från en beskrivning av patientens vårdbehov, problem eller risker i form av en vård diagnos, samt ange åtgärder och förväntade resultat. (Jansson m.fl. 2009, s. 611-612). Det är viktigt att den strokedrabbade får stöd och kraft för att kunna gå vidare och finna en ny mening med livet. Patientens känsla av helhet, upplevelser av hälsa ökar och värdigheten bevaras. Sjuksköterskan lindrar patientens lidande genom närvarande, samtal, uppmuntran och tröst. (Rejnö & Von post 2007, s. 51).

I tidigare studier framkommer det att sjuksköterskan ska se till helhetsperspektivet och lyfta fram de aktuella problem som kan hindra rehabiliteringen. Genom en bra handledning förstärks patientens egenvårdsmöjligheter, vilket innebär att de blir mera självständiga och oberoende även vid hemgång. (Engman & Lundgren 2009, s. 32-35). Som sjukskötare är det viktigt att se till att patienten främjas till att upprätthålla sin hälsa och lindra sitt lidande. Ett samarbete mellan sjukskötare och patienten skall bygga på en öppen interaktion och ömsesidigt förtroende genom att respektera patientens självbestämmanderätt och förbereda patienten på möjligheten till att delta i beslut som gäller deras egen vård. Att möta patienten som en medmänniska och lyssna fås en bättre uppfattning om patientens situation. En annan viktig roll som sjukskötare har är att samarbeta med patientens anhöriga och andra närstående genom att uppmuntra dem till att

delta i vården. (Etiska riktlinjer för sjukskötare, 2007). Sjuksköterskans yrkeskunskap, erfarenhet och förmågan att skapa motivation hos patienten ger bättre förutsättningar inför ett strukturerat träningsprogram som ger patienten optimala rehabiliteringsmöjligheter (Almås 2004, s. 782). Engman och Lundgren (2009, s. 34) anser att strokedrabbade och deras anhöriga önskar att sjukskötaren är tydligare. De upplever henne som diffus och medicinsk; hon delar mest mediciner och ger råd om medicinintag. Hon är hjälpsam och kommer alltid då man kallar, men hon kommer inte spontant. Hon är alltid där, men relativt osynlig.

Dessa teorier kan förhindra att främja en hälsosam livsstil. En undersökning i början av den aktuella studien har visat att sjuksköterskor sällan involverar patienten i vårdplaneringen. Det är lättare för sjuksköterskan att beskriva planerade insatser än att tillhandahålla sina motiveringar. (Darmer & Ankersen & Nielsen & Landberger & Lippert & Egerod 2006, s. 533).

4.4 Systematisk rehabilitering

För att uppnå en systematisk, målinriktad och planmässig helhet skall rehabiliteringen löpa smidigt och vara effektiv. Alla som är engagerade måste veta vilka roller som respektive vårdare har för att kunna stöda patientens rehabilitering. En rehabiliteringsplan styrs och samordnas av en systematisk rehabilitering och anger vem eller vilka som ansvarar för vad och enligt vilken tidtabell. Kontinuerlig utvärdering av målen och rehabiliteringsåtgärderna säkerställer att målen och metoderna preciseras samt att rehabiliteringen framskrider så ändamålsenligt och resultatrikt som möjligt. För att kvaliteten på rehabiliteringen skall kunna utvecklas systematisk och på ett patient nära sätt är det viktigt att responsen delges av alla dem som hjälper till att stöda klientens rehabilitering. (Kettunen m.fl. 2005, s. 47-48). Det är viktigt att påpeka för patienten att deltagandet underlättas när det finns en standardiserad vårdplan och kan därmed diskuteras tillsammans med patienten. Genom detta gör patienten medveten om de viktigaste målen för den rehabiliteringsvård som erbjuds. (Forsberg & Wadensten 2008, s. 2144).

Målen nås genom att rehabiliteringsresultaten mäts i första hand genom rehabiliteringsexperternas bedömning, där olika slag av mätare används. Det är trots allt viktigt att uppfatta patientens funktionsförmåga som en helhet och bli medveten om hur de

olika delområdena är beroende av varandra. Genom att använda sig av olika standardiserade bedömningsformulär till exempel Scandinavian Stroke Scale, Barthels index och The Modified Rankin Scale gör att observationerna blir mer systematiska och även lättare att upptäcka de betydelsefulla förändringar som sker för patienten. För sjuksköterskan finns ett screening instrument (MADRS) som kan hjälpa att identifiera patienter med depression på ett tillförlitligt sätt. (Kirkevold m.fl. 2008, s. 19, 406-409). Mätbarheten är viktig för att regelbundet kunna bedöma om målen uppnåtts. Alltför diffusa mål försämrar möjligheten till framsteg.(Kettunen m.fl. 2005, s. 89). När man mäter funktionsförmågan krävs omsorgsfullhet. Bedömningen syftar till att fastställa en patients utgångsläge där man i ett senare skede skall kunna jämföra åtgärdernas effekt. Mätningen måste mäta det önskade området genom tillförlitlighet och genom att bedöma mätningens giltighet. Bedömningen skall alltid utgå från patientens bedömning och upplevelse av sin funktionsförmåga. Genom att diskutera, iaktta och intervjua får sjukskötaren en tillräcklig information för att kunna dra slutsatser om patientens funktionsförmåga och behovet till rehabilitering. Mätbarheten är viktig för att regelbundet kunna bedöma om målen uppnås. Alltför diffusa mål kan försämma möjligheterna till framsteg. (Kirkevold m.fl. 2008, s. 25, 89).

5 Metod

Jag beslöt mig för att med hjälp av en systematisk litteraturstudie ha som utgångspunkt att genom några tydligt formulerade frågor, ge svar på dem genom att identifiera, välja, bedöma och analysera de relevanta forskningarna. Jag har på ett systematiskt sätt sökt materialet där jag sedan analyserat och sammanställt inom det valda ämnet. Jag har fokuserat på den aktuella forskningen för att finna en allmän litteraturoversikt för att få svar på mina frågor.

Genom att ha tillräckligt antal studier av god kvalitet kunna utgöra ett underlag för bedömningar och slutsatser. Litteraturen utgör informationskälla och redovisad data som bygger på vetenskapliga tidskriftsartiklar eller andra vetenskapliga rapporter. (Forsberg & Wengström 2010, s. 17, 34). När det är frågan om ett utvecklingsarbete som jag själv valt ämne i, ville jag även att den här studien kunna bidra med användbar och tillförlitlig information vilket är lättare att kom fram till i form av en litteraturstudie. Som grund har jag använt mig av litteratur och vetenskapliga forskning.

Syftet med litteraturgranskningen var att kartlägga vad som är viktigt att ha med i en rehabiliterande omvårdnadsplan för att patienten skall få den bästa vården utifrån deras behov. Mitt mål är att genom en handledning till sjuksköterskorna på avdelningen framföra och tydliggöra viktiga aspekter kring den individuella systematiska och rehabiliterande omvårdnadsplanen. Genom en litteraturstudie har jag med hjälp av en genomgång av den forskning som tidigare gjorts inom ett avgränsat ämnesområde. Det innebär att översikten gör att man till viss del måste bearbeta tidigare forskningsrapporter så att de går att jämföra och passa in i varandra. Det innebär att man måste leta sig fram till det som man eventuellt vill utnyttja. Genom flera hjälpmedel som: innehållsförteckning, register, sammanfattning, abstract eller nyckelord. (Ejvegård 2007, s. 46-47). Den kvalitativa ansatsen inom omvårdnadsforskning strävar efter att beskriva, förstå och förklara samt tolka. Förhållningssättet är förutsättningslöst där forskaren försöker att möta situationen som om den alltid vore ny och strävar efter en helhetsförståelse av en unik situation. (Forsberg & Wengström 2010, s. 33). Med bearbetning och analys av den teoretiska delen har jag fått ett resultat som jag utgick ifrån i den praktiska delen. Den praktiska delen var tänkt att vara ett handledningstillfälle som uteblev. Med hjälp av utvärdering av handledningstillfälle var det tänkt att utifrån frågeställningar få önskemål från sjuksköterskorna om vad som skulle kunna tydliggöras. Bedömningen av litteraturgranskningen har gjorts i förhållande till studiens syfte. Där har jag jämfört vetenskapliga artiklar med de problem och frågeställningar som tagits upp i syftet. Dessa är belysta med insamlad data och analyserad på ett sådant sätt att svar kan ges på de frågor som ställt i syftet för att få en fullständig redovisning. Materialet till mitt arbete består av forskningsartiklar som jag sökt i databasen Ebsco. Jag har även gjort sökningar i andra databaser (google scholar) men hittade artiklar som jag tyckte vara betydelsefulla. Som grund i litteratursökningen använde jag mig av sökorden stroke, rehabilitering, omvårdnadsplan, dokumentation. För att specificera sökresultaten kombinerade jag dessa sökord med sökorden på olika sätt för att få fram så väsentliga artiklar som möjligt. Jag fick på sökningar mellan några hundra till flera tusen resultat som jag sedan kombinerade om sökorden för att få ett mindre antal. Jag sökte i första hand på engelska, men gjorde även svensk språkiga sökningar med motsvarande sökord.

6 Resultat

Sammanfattningsvis har jag kommit fram till att planering kring omvårdnadsvårdplan är mycket viktig. Det är även viktigt att tänka på att omvårdnads mål oftast förändras med tiden, tänka på att det rehabiliterande vårdmålet bör definieras så enkelt som möjligt. Sjuksköterskan har en viktig roll i att göra de kliniska bedömningarna; observera funktionsförmågan, ange förväntade slutliga resultat, formulera en omvårdnadsplan där dokumentation beskriver patientens vårdbehov, problem, risker, åtgärder och förväntade resultat (Jansson m.fl. 2009). Vårdteamet består av sjukskötare, läkare, övrig vårdpersonal, arbetsterapeut, sjukgymnast, logoped, Kurator, m.fl. (Larsson & Rundgren 2003). En systematisk omvårdnadsplan är som ett hjälpmedel där målet är att säkerställa att de uppgjorda målen eftersträvas och utvärderas och ständigt omprövas. Analysen resulterade i tre kategorier: Rehabiliteringsprocessen, funktionsförmågan och patient deltagande.

6.1 Rehabiliteringsprocessen

Rehabiliteringsprocessen har som huvudmål att upprätthålla, stärka och återställa den fysiska, psykiska och sociala funktionsförmågan och motivationen vilket leder till ett självständigare liv. (Social och miljöavdelningen, socialvårdsbyrån, 2010; Routasalo m.fl. 2004). En rehabiliterande omvårdnadsplan styrs utifrån en systematisk rehabilitering där det framkommer

- vem/vilka ansvarar för vad enligt vilken tidtabell
- kontinuerlig utvärdering av målsättning
- rehabiliterande åtgärder
- rehabiliteringen framskrider så ändamålsenligt och effektivt som möjligt. (Kettunen m.fl. 2005).

Sjuksköterskan skall utgå från patientens vårdbehov, problem och risker i form av vård-diagnos och ange åtgärder och de förväntade resultaten i en individuell omvårdnadsplan (Jansson m.fl. 2009).

Att mista en del av funktionsförmågan kan innebära hinder för patienten som bör iakttas under rehabiliteringen; tids- och rumsuppfattning, livsglädjen, sociala förmågan, motivation, kroppsutfattning, rädsla och sorg. (Holm & Jansson 2003). Då en standardiserad omvårdnadsplan finns underlättas;

- patientens deltagande
- patienten blir mer medveten om vård mål
- diskussioner med patienten (Fogelberg & Wadensten 2008).

Målen nås genom en individuell förändring och en lärande process i att förbättra funktionsförmågan, återfå förlorade färdigheter, anpassa sig till en ny livssituation (Kuntoutusportti 2004).Handledning stärker patientens egenvårdsmöjligheter (Engman & Lundgren 2009). Att få en känsla av helhet ökar upplevelser av hälsan och värdigheten bevaras för patienten. (Rejnö & Von post 2007). Utifrån rehabilitering bör det framgå i dokumentation vad målsättningen med rehabiliteringen är: att den är individanpassad, att patienten skall återfå sin förlorade funktionsförmåga. (Larsson & Rundgren 2003).

Viktiga aspekter som bör dokumenteras i en individuell systematisk omvårdnadsplan är att patienten främjas och stärks till att bevara den egna aktivitetsförmågan, livshantering, arbetsförmågan utifrån funktionsförmågans hinder och resurser. Ett rehabiliterande arbetssätt strävar efter att den rehabiliterande patientens behov alltid kommer först. (Holm & Jansson 2003). Det eftersträvas till att hjälpa patienten övervinna olika hinder, identifiera och öka sina resurser till att nå bästa resultat och bygger på en personlig utveckling som bidrar till ett ökade möjligheter och ett ökat välbefinnande. (Kettunen m.fl. 2005; Holm & Jansson, 2003). Arbetsfördelning styrs utifrån vilket problem som finns hos patienten sjukgymnasten utför vanliga aktiviteter och hjälper patienten att bli medveten kring kroppsfunktionen. Arbetsterapeuten kartlägger de motoriska, sensoriska och de kognitiva störningarna. Logopeden bedömer kommunikationsstörningar, nedsatt oral motorik och sväljproblem. Psykologen ger stöd insatser genom kristerapi, samtal med patient och anhörig. Den övriga personalen och anhöriga handleds och undervisas till att stödja och hjälpa patienten på bästa sätt. (Larsson & Rundgren 2003). Av sjuksköterskan krävs evidensbaserad vård för att uppnå bästa vårdkvalitet. (Fogelberg & Wadensten 2008). Sjuksköterskan ger känslomässigt stöd, uppmuntar/ motiverar, stimulerar, ger den hjälp som behövs. (Holm & Jansson, 2003; Routasalo m.fl. 2004). Sjuksköterskan gör

kliniska bedömningar, ansvarar över att en omvårdnadsplan upprättas, genomförs, utvärderas och revideras. (Larsson & Rundgren 2003).

6.2 Bedömning och kartläggning tillsammans med patienten

I analysen framkom det att kartläggning och uppföljning utgående från patientens begränsningar, möjligheter, behov bör eftersträvas och dokumenteras (Holm & Jansson 2003). Redan efter det första dygnet observeras och kartläggs symtom för att återfå den förlorade funktionsförmågan (Almås 2004).

Bedömningen fastställer;

- utgångsläge för att vid senare tillfälle kunna jämföra åtgärdernas effekt
- funktionsförmågans behov, hinder och resurser
- patientens bedömning och upplevelser, krävs omsorgsfullhet
- Mäter det önskade området genom tillförlitlighet
- Bedömer mätningens giltighet

Bedömningen sker genom diskussion, iakttagelse och intervju. (Kirkevold m.fl. 2008; Holm & Jansson 2003). Patientens psykiska, fysiska och sociala funktionsförmåga skall framkomma i omvårdnadsplan (Kettunen m.fl. 2005). Se helhetsperspektiv och lyfta fram aktuella problem. En personlig utveckling- ökade möjligheter till ett ökat välbefinnande (Cameron 2010; Holm & Jansson 2003). Här är patientens personlighet och bakgrund av stor betydelse. (Larsson & Rundgren 2003). Ha en målinriktad och tidsbegränsad process (Engman & Lundgren, 2009). För att kunna utföra en omvårdnadsvårdplan korrekt är det viktigt att samarbetet mellan patienten och sjuksköterskan bygger på öppen interaktion, ömsesidigt förtroende och respekterar självbestämmanderätten. Utredning av patientens tidigare och nuvarande funktionsförmåga krävs för att kunna sätta delmål och huvudmål innan rehabilitering sker för att sedan kunna utvärdera framsteg och förändringar i funktionsförmågan. Det krävs att vårdpersonalen har ett rehabiliterandets tänk, vara intresserad, kunnig och ha erfarenhet. (Rejnö & Von Post 2007).

Det skall klart och tydligt beskrivas i en omvårdnadsplan vad övriga vårdteam ansvar för och under vilken tidsplan som det strävas efter (Kettunen m.fl. 2005).

Sjukskötaren tar hjälp av olika skattningsskalor för uppföljning och kartläggning av patienten Adl förmåga

- Katz index,
- MMT- minimal mental test
- FIM- functional Independence Measure. (Larsson & Rundgren 2003).

6.3 Rehabiliteringens mål tillsammans med patienten

Målen skall kunna uppfattas som realistiska och lämpliga för patient, men även närstående. Här är det viktigt att vara lyhörd för önskemål, rädslor och planer från patient och närstående. Om patientens närståendes syn på målen avviker väsentligt är det viktigt att förhandla fram en lösning som är så tillfredsställande som möjligt för alla parter. När målen blivit tydliga är det viktigt att de spjälkas upp i mindre delmål för att lättare kunna glädjas över då de uppnås och konkreta framsteg (Kettunen m.fl. 2005).

För att kunna ge en trygg och säker rehabilitering krävs individanpassad målsättning. Målet utgår från rehabiliterande resultat som bedömts genom olika standardiserade bedömningsformulär;

- Scandinavian stroke scale
- Barthels index
- The modified rankin scale
- Screening instrument: MADRS → identifierar patientens depression

(Kirkevold m.fl. 2008).

Sjuksköterskan skall tillsammans med patienten personligen göra upp om realistiska del- och huvudmål. Genom att synliggöra vad som skall planeras, utföras och utvärdera så att patienten får den rehabilitering som behövs, vilket leder till att patienten känner sig trygg i sin tillvaro och får rätt nivå på målen för rehabiliteringen. (Kristoffersen m.fl. 2006; Hassler & Krakau 2005; Kettunen m.fl. 2005). Genom att ha tydligt beskrivande mål om vad som skall uppnås, bevaras, återställa funktionsförmågan, de psykiska välbefinnandet,

bevara den sociala statusen, stödja patientens självbestämmande och främja för en känsla av säkerhet under vilken tidbegränsning. (Holm & Jansson 2003).

Det är viktigt att patienten alltid är delaktig i vårdplanering av mål, där mål för rehabiliteringen, metoder och tidtabell görs upp. I analysen framkommer det att det är viktigt att sjuksköterskan ger information till patienten och uppmana anhöriga att delta i hela vårdplaneringen. (Larsson & Rundgren 2003).

Kettunen m.fl. (2005) menar att patienten skall få kunskap om rehabiliteringen olika faser, personligen bearbeta dem och tillägna sig färdigheter att använda, för att nå detta krävs inläring som berör patientens känslor och värderingar.

Patientens sociala förhållande dokumenteras väl ⇒ patientuppgifter, anhörigas kontaktuppgifter. (Hassler & Krakau 2005).

För att patienten skall känna sig tillfreds med rehabiliterings åtgärderna krävs att;

- bli behandlar med mänsklighet
- patienterna erkänns som individer
- självständigheten respekteras
- Förtroende och tillit till vårdpersonalen finns
- Ett bra samarbete har, bra dialog och ett bra utbyte av information. (Mangset m.fl. 2008).

7 Praktiska delen

Med denna studie är mitt syfte att få fram viktiga aspekter som utgör en bra individuell systematisk rehabiliterande omvårdnadsplan. Syftet förverkligas genom ett handledningstillfälle där jag fungerar som handledare. Jag bifogar även handledningsplan som bilaga (Handledningsplan, bilaga 1). För att kunna hålla ett handledningstillfälle behöver jag en handledningsplan. På basen av mitt resultat och avgränsning i examensarbete, kom jag fram till fyra teman som underlag för

grupphandledningstillfällena. Dessa är: rehabiliteringsprocessen, funktionsförmågan, patientens delaktighet, rehabiliterande omvårdnadsplan vid stroke.

I handledningssituation planerade jag att berätta vad jag kommit fram till gällande rehabiliterande omvårdnadsplan till sjuksköterskorna. Deltagandet under handledningen skall vara frivilligt, men det uppskattas att alla är med. Jag berättar om min produkt som kommer att vara ett hjälpmedel vid den rehabiliterande omvårdnadsplanen. Mitt mål har varit att det redan skulle ha varit gjort, men på grund av dålig planering och tidsbrist har detta inte kunnat göras tills framförande av detta examensarbete. Mitt mål är att ännu framföra till sjuksköterskorna på avdelningen vad jag har kommit fram till utifrån den analyserade litteraturstudien. En fördel med handledning i grupp är allas delaktighet, få dela med sig av allas erfarenheter och kunna diskutera kring frågor direkt. En bra handledning kräver att man kan kommunicera, ge förslag, råd eller rekommendera något, ge anvisningar och instruktioner på olika vårdbehov som patienten har. En vårdtagare behöver undervisas när det är en metod som behövs för att klara av sitt dagliga liv. Inläringen måste anpassas till deras tidigare kunskaper och erfarenheter genom att ha tydliga mål, planering och hur undervisningen skall genomföras behöver diskuteras. (Fyhr 2006, s. 94).

8 Etiska aspekter

Olsson & Sörensen (2007) skriver att i en litteraturstudie är det viktigt att referenser och citat anges på ett korrekt sätt, att inte plagiera material av någon annan vilket innebär att inte ta någons material och föra det vidare som sitt eget.

Eftersom studien baserade sig på litteraturöversikt samt innehållsanalys kommer studien inte i direkt kontakt med personer och kan därför inte skada eller såra undersökningsspersoner.

En förutsättning för att den vetenskapliga forskningen ska vara etisk godtagbar och tillförlitlig och dess resultat. En etisk praxis och ett etiskt förhållningssätt har upprätthållits genom ansökning om lov av avdelningssköterskan om att få göra detta utvecklingsarbete om rehabiliterings plan för att förbättra patientens rehabilitering.

9 Diskussion

Mitt syfte och mål av valet av examensarbete var att få mera kunskap och öka personalens kunskap samt att motivera dem att sträva efter en bra systematisk rehabiliterande omvårdnadsplan.

Då en rehabiliterande omvårdnadsplan skall upprättas är det viktigt att komma ihåg att processen innehåller olika delar för att uppnå bästa möjliga resultat. Förutom den nämnda vårdplanen och målsättningen är det även viktigt med kartläggning, bedömning av patientens behov och resurser samt utförande och utvärderingar av rehabiliteringen. Rehabiliteringen är individuell och kräver ett bra samarbete och ömsesidigt stöd från hela vårdteamet för att nå ett framgångsrikt resultat. För att uppnå ett gott resultat krävs att patient och närstående deltar aktivt, informeras om målsättningen samt uppmuntras till en aktiv del i den rehabiliterande processens alla skeden. För att främja äldres funktionsförmåga och öka deras förmåga till en bättre livssituation, måste sjuksköterskan involvera sina patienter i större utsträckning i planeringen av rehabiliteringen än vad jag nu tycker att det görs. Detta arbete har skett i samråd med avdelningssköterskan utgående från mitt förslag och det behov jag ansåg att fanns för att förbättra den rehabiliterande vårdplan, för att kunna ge patienten den rehabilitering som behövs för att uppnå bästa vårdkvalitet.

Datasökningen inriktades kring ämnen som stroke, rehabilitering, dokumentation, omvårdnadsplan och kombinerades på olika sätt med hjälp av olika databaser, men även manuellt genom att söka i olika material, tidskrifter och böcker för att få fram vetenskapligt relevant material. För att avgränsa arbetet läste jag rubriker och abstrakt i första skedet, därefter genom läsning som visade att flera av artiklarna inte motsvarade mitt syfte och mål vilket gjorde att materialet minskade. Detta medförde att flera artiklar söktes. Eftersom jag inte kan läsa finskspråkig litteratur kan jag ha gått miste om material som skulle varit till nytta i detta arbete. Den litteratur som använts är relativt färsk och tillförlitliga någon enstaka äldre forskning finns med. Då min engelska inte är så bra så kan det även finnas misstolkningar i den teoretiska delen och jag kan ha gått miste bra artiklar.

Hela patientens upplevelser av livssituationen förändras på grund av stroke som påverkar individuellt och de olika behoven behöver tillgodoses med en välutformad rehabiliterande omvårdnadsplan. Sjuksköterskan har en betydande roll där patientens individuella behov

skall uppnås. Stroke patienten upplever stora fysiska, psykiska och sociala förändringar vilka leder till frustration och rädsla. För att klara dessa förändringar behöver patienten en välgjord omvårdnadsplan där delmålen och huvudmålen tydligt beskrivs. Det är viktigt att patienten är delaktigt i vårdplanens planering. Det är patientens individuella behov som skall bedömas för att avgöra vilken rehabilitering som behövs för att kunna förbättra livskvaliteten. Så genom att ha ett professionellt arbetssätt kan man ge patienten ett gott samarbete som tryggar patientens vårdprocess till att förbättra funktionsförmågan. Genom att sjuksköterskan tillgodoser patientens behov, ger god omvårdnad och hjälper att finna mening och en känsla av gemenskap, ökar chanserna för patienten att upprätthålla en god livskvalitet efter sin stroke. Genom att låta patienten utföra sina uppgifter själv med stöd och uppmuntran från sjuksköterskan, höjs motivationen. Att ha en god kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten gör att patienten känner sig delaktig och kan påverka sin rehabilitering. Vårdarens uppgift är att se till att patienten får den vård och rehabilitering som han har rätt till. Likaså har sjuksköterskan en uppgift i att förmedla viktig information till övriga vårdteamet för att trygga patientens vård. Sjuksköterskan är personen som stöder, lär och uppmuntrar patienten i den rehabiliterande vården, vårdaren har i högsta grad en undervisande roll, nämligen att lära patienten tillbaka till det bästa möjliga självständiga liv som är möjligt. Arbetsprocessen har inte kunnat framskrida som den planerade tidsplanen på grund av olika anledningar vilket i sin tur gjort att jag kanske inte riktigt gått in så mycket som jag hade borda gjort i bearbetnings och analysdelen. Jag kan tycka att det hade varit bra med något form av frågeformulär till sjuksköterskorna för att anpassa planen efter deras önskemål och behov. Dock kunde jag haft mera samarbete med avdelningen för att kunna utveckla mer idéer kring ämnet och för avdelningens bästa. Jag strävar efter att ha ett handledningstillfälle vid senare tillfälle så snart allt lugnat ner sig. Jag känner att jag fått med mig mycket nya kunskaper till mitt nya yrke som sjuksköterska, där jag utifrån allt material och skrivprocess i hela examensarbetet, utvecklats och fått nytt tänkesätt för uppfattningen till hur teori och praktik ses som helhet gällande den rehabiliterande delen.

I framtiden tycker jag att man kunde forska vidare på hur patienten och anhöriga upplever sin andel i rehabiliteringsprocessen på avdelningen.

Källförteckning

Almborg, A-H, Ulander, K, Thulin, A & Berg, S. (2008). Discharge Planning of Stroke Patients: the Relatives' Perceptions of Participation; *Journal of Clinical Nursing*; 18, 857–865.

Almås, H. (2004). *Klinisk omvårdnad 2*. Stockholm: Liber.

Andersson, C. Personlig kommunikation ÅHS, 2010.

Björkvell, C, Wredling, R & Thorell-Ekstrand, I. (2002). Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scand Journal Caring Science*; 16, 34-42.

Cameron, I D. (2010). Models of rehabilitation – commonalities of interventions that work and of those that do not. *Disability and Rehabilitation*; 32, 1051–1058.

Dahm-Fogelberg, M.& Wadensten, B. (2008). Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*; 17, 2137–2145.

Darmer, MR, Ankersen, L, Nielsen, BG, Landberger, G, Lippert, E & Egerod, I. (2006). Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark: *Journal of Clinical Nursing*; 15, 525–534.

Ejvegård, R. (2007). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E. & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Engman, M. & Lundgren, S. (2009). Vad innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke, *Vård i Norden* ; 93, (9), 32-26.

Finska Sjukskötarföreningen. *Etiska riktlinjer för sjukskötare*. Tillgänglig 7.3.2011. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty_ on/sairaanhoitajan_ty_ sve nska.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2010). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur och kultur: Stockholm. Första e-boksutgåva.

Forskningsetiska delegationen.(2002) *God vetenskaplig praxis och handläggning av avikelse från den.*
http://www.tenk.fi/sv/god_vetenskaplig_praxis/Hyva_Tieteellinen_SVE.pdf

Hassler, E & Krakau, I. (2005). Journalen – bristfällig informationskälla om patienter som vårdats för stroke. *Läkartidningen*, 102, 32-33.

Holm, A. & Jansson, M. (2003). *Rehabilitering*. Stockholm: Liber.

Holme, I, M. & Solvang, B, K. (1997). *Forskningsmetodik - Om Kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Institutet för hälsa och välfärd, (2007). *Stroke*. Tillgänglig 2.4.2011: <http://info.stakes.fi/perfect/SV/delprojekt/stroke/stroke.htm>

Jansson, I., Pilhammar-Andersson, E. & Forsberg, A. (2009). Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing-sensitive outcome indicators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* ISSN, 1356-1294.

Johnston, M., Bonetti, D., Joice, S., Pollard, B., Morrison, V., Francis, J. & Macwalter, R. (2007). Recovery from disability after stroke as a target for a behavioral intervention: Results of a randomized controlled trial. *Disability and Rehabilitation*; 29(14): 1117 – 1127.

Kuntoutusportti. Stiftelsen för rehabilitering. (2004). *Allmän Rehabilitering*. Tillgänglig 14.3.2011. <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/yleista/>

Kettunen, R., Kähäri – Wiik, K., Vuori- Kemilä, A. & Ihalainen, J.(2005). *Modern rehabilitering - en resurs*. Tammerfors: Paino.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff – Hysten, A. (2008). *Geriatrisk Omvårdnad - god omsorg till den äldre patienten*. Stockholm: Liber.

Kristoffersen-Jahren, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2006). *Grundläggande omvårdnad 4*. Stockholm: Liber.

Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. (2010). Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 489–497.

Larsson, M. & Rundgren, Å. (2003). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Mangset, M., Dahl, T.E., Førde, R. & Wyller Bruun, T. (2008). We're just sick people, nothing else',.....: factors contributing to elderly stroke patients' satisfaction with rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 22, 825–835.

Mckain, S. & Henderson, A. & Kuys, S. & Drake, S. & Kerridge, L & Ahern, K. (2005). Exploration of patients' needs for information on arrival at a geriatric and rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing* 14, 704–710.

Mätzsch, T & Gottsäter, A, (2007). *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. Hungary: Studentlitteratur.

Ohjepankki. (2008). Egentliga finska sjukvårdsdistriktet. *Allmänt om rehabiliteringen*. ÅUCS 913 Tillgänglig, 13.3.2011 <http://ohjepankki.vsshp.fi/se/5699/9508>

Olsson, H & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Patel, R & Tebelius, U. (1987). *Grundbok i forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Rejnö, Å. & Von Post, I. (2007). Att vårdas på en kombinerad akut och rehabiliterande strokeenhet – Patienters upplevelser från vårdtiden. *Vård i nordn: 27* (3), 49-52.

Routasalo, P., Arve, S & Lauri, S. (2004). *Geriatric rehabilitation nursing: Developing a*

model. *International Journal of Nursing Practice*, 10: 207–215.

Routasalo P., Wagner, L. & Virtanen, H. (2004). Registered Nurses' perceptions of geriatric rehabilitation nursing in three Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*: 18, 220–228.

Social- och hälsovårdministeriet.(2001). *Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet hälsa 2015*. Publikationer 2001:5, Helsingfors.

Svensson, P-G & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Stroke(slaganfall)* Tillgänglig 7.3.2011.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect/aivohalvaus

Walker, MF. (2007). Stroke rehabilitation: Evidence- based or evidence- tinged? *Journal rehabilitation medicine*: 39, 193-197.

William, M & Levack, M & Dean, S-G & Siegert, R-J & Mcpherson, K. (2006). Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: The need for a critical distinction: *Disability and Rehabilitation*, (12): 741 – 749.

Yu Huang, C, Hsu, M-C, Hsu, S-P, Cheng, P-C, Lin, S-F & Chuang, C-H. (2010). Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke. *Journal of Clinical Nursing*, (19): 2752–2762.

Ålands landskapsregering. (2010). *Hälsopolitiskt program för Åland 2010-2020*. Tillgänglig 12.12.2011
http://www.regeringen.ax/.composer/upload/modules/publikationer/halsopolitiskt_program_aland_2010-2020.pdf.

Ålands landskapsregering. (2011). *Landskapslag om hälso- och sjukvård*.(114): 386-395. Tillgänglig 10.02.2012
http://www.regeringen.ax/.composer/upload/modules/lagar/afs2011_nr114.pdf.

Finlands författningssamling.

Finlex, (2009). *Social och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar*, 30.3./298. Tillgänglig 19.3.2011

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=journalhandlingar>.



Bilaga 1

Handledningsplan för sjuksköterskorna på Mellangårds

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
1 Edukandanalys	2
2 Syfte och målformulering.....	2
3 Resursanalys.....	3
4 Stoff.....	3
5 Metodval.....	4
6 Tidsram.....	4
7 Utvärdering.....	5
Källförteckning.....	6

1 Edukandanalys

Målgruppen är till sjuksköterskor inom vårdteamet på min arbetsplats som arbetar med rehabiliterings patienter. Sjuksköterskorna är kvinnor och män i 30- 67 ålder. Gruppen som handleds består av 7 sjuksköterskor.

Jag som handleder är sjukskötarstuderande och inne på min sjätte termin av sex. Som handledare kommer jag att vara inläst i ämnet och har avlagt en kurs i handledning och undervisning. Jag kommer att vara öppen för nya alternativ gällande en struktur att dokumentera i omvårdnadsplan.

2 Syfte och målformulering

Syftet är att få sjuksköterskans förståelse i att synliggöra rehabiliteringen i den individuella rehabiliterings vårdplanen. Genom att öka deras kunskap om vilka de viktiga aspekter är som bör tas i beaktande vid en individuell rehabiliterings vårdplan.

Målet är att sjuksköterskorna skall efter handledning klara av att strukturera en bra systematisk, individuell omvårdnadsplan för den rehabiliterande patienten.

Jag kommer att redogöra och beskriva för sjuksköterskorna om mitt examensarbete för att leda in dem i ämnet.

Hitta en god balans mellan det konkreta och det abstrakta för att göra en modell som skall vara meningsfull att använda, genom att utveckla kriterier för den grundläggande vårdplan vid rehabilitering.

Som handledare kunna handleda målinriktat till sjuksköterskorna, kunna stödja och stärka den professionella hållningen hos dem. Få personalen att se möjligheter istället för hinder genom att skapa möjlighet till reflektion.

3 Resursanalys

Målgruppen finns på Geriatriska kliniken i Mariehamn på långvårdsenheten Mellangårds. Målgruppen är motiverad till att få handledning i utvecklingsarbete kring omvårdningsplan för den stroke drabbade.

Platsen för handledningen sker i ett av grupprummen i huset. Tiden för grupp handledningen uppskattas ta ca.1 timme.

Som handledare tar jag med mig examens arbete och litteratur som stöd för mitt uppdrag. Böckerna introduceras även för deltagarna i gruppen och kan rekommenderas starkt.

4 Stoff

En vårdtagare behöver undervisas när det är en metod som behövs för att klara av sitt dagliga liv. Inläringen måste anpassas till deras tidigare kunskaper och erfarenheter genom att ha tydliga mål, planering och hur undervisningen skall genomföras behöver diskuteras (Fyhr 2006, s. 94).

Vid rehabiliteringens början är det viktigt att sätta både korta och långsiktiga mål både för patienten och för deras anhöriga samt för rehabiliteringsteamets arbete. Målet med handledningen är att kunna driva på till en förändring som förbättrar patienten i rehabiliterings processen. Att ha en tydlig riktlinje som kan medföra en vision med ideal, som får utvecklas på avdelningen tryggt och med ett engagemang från vårdteamet. En möjlighet till en öppen och kreativ atmosfär, där motivationsskapande idéer och prövningar kan utvecklas. Genom att introducera till en individuell omvårdningsplan för patienten och samtidigt påverka personalens attityder till en mer patientnära vård.

Genom att utgå från patienten önskemål som innebär att lyssna till vad patienten anser sig behöva stöd och hjälp med och vad hon vill och sedan ha hand om detta och se till att det respekteras. Att agera utifrån det, stämma av med patienten vilken information som ska förmedlas vidare (Pilhammar 2003, s. 68).

Sjuksköterskan borde i mötet med patienten ta vara på chansen att undervisa, handleda och stötta för att bidra till en bättre rehabilitering för patienten. Sjuksköterskans kommunikation bidrar till patientens förståelse av rehabiliteringen ökar. Rehabiliteringsarbete måste baseras på ett öppet samarbete mellan patient och sjuksköterska som grundar sig på patientens individuella behov vilket innebär en mer aktiv involvering av patienten själv (Engman & Lundgren, 2009, s. 33-35).

5 Metodval

Min handledningsplan är sammanställd på basen av 5A modell för att dela evidensbaserade riktlinjer till sjuksköterskorna på långvårdsavdelningen.

5A modellen består av att konkret beskriva vad jag handleder om, vilken målsättningen (agree) är på åtgärder och problem (asses) som finns i omvårdnadsplan. Kunna hjälpa (assist) sjuksköterskan att skapa särskilda strategier kring uppföljning av åtgärdsplanerna samt att diskutera kring frågor som kommer upp. Jag kommer att (arrange)-> ge kopia av handledningsplan och ta emot feedback allt eftersom det kommer efter handledningen.

(advise) Genom att handleda sjuksköterskorna till den nya kunskapen och ett nytt tankemönster, där jag som handledare även visar konkret på det nya sättet att dokumentera kring rehabiliteringen i omvårdnadsplan. (Pilhammar, A. 2003, 37).

6 Tidsram

- Assess: Presentation av Inledning och kort introduktion till Examensarbete. Jag framför önskning om att sjuksköterskorna skall komma med feedback, motivering till förändring av utförande av den rehabiliterande omvårdnadsplan. Genom frågeställningar som ; hur anser sjuksköterskorna att man dokumenterar kring den rehabiliterande patienten, finns det något det tycker att de gör bra, hur står de sig till patient och anhörigas andel i vårdprocessen -> ca. 10 minuter

- Advise: Definition av rehabilitering vad det innebär för patienten. Här erbjuds personalen betydelsefulla och särskilda riktlinjer som man bör tänka på vid vårdplanering av omvårdnadsplan vid rehabilitering.->ca.10 minuter
- Agree: Genom gång av tydliga mål--> korta och lågsiktiga hur borde de se ut i omvårdnadsplan kring rehabilitering av Stroke. ->10 minuter
- Assist: genomgång av produkten som skall hjälpa sjukskötaren till att lättare göra en rehabiliterande omvårdnadsplan. Använda effektiva egenskaper från alla som stöd till strategier som innefattar åtgärdsplanering och problemlösningar på avdelningen. -> 10 minuter
- Arrange: Avslutning och utvärdering sker efter handledningen genom frågor till gruppen. Följer upp efter vad jag just handlett hur följs hänvisningarna i produkten. Att kommunikation inom gruppen förbättras så att ett bättre arbete kan utföras.-> 20 minuter.

7 Utvärdering

Utvärdering har inte kunnat göras på grund av att jag inte hittade ett tillfälle att utföra detta på. Utvärderingsplanen var att ställa frågor under hela handlednings tillfälle lite vart efter. Även diskutera kring produkten, finns något som gruppen tycker att borde fyllas på med för att underlätta planeringen.

Frågeställningar som vad deltagarna tyckte om handledningen samt om det var något som de saknade. Tror ni att vi kan göra omvårdnadsplan för rehabiliterings patienter utifrån det här. Diskuterar kring gemensamma beslut kring strategier som omfattar samarbete med målsättningen.

Källförteckning

Engman, M & Lundgren, S. (2009). Vad innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke (9) 32-36. Vård i Norden.

Killén, K (2008). Professionell utveckling och handledning - ett yrkesövergripande perspektiv. Studentlitteratur: Poland

Pilhammar, A E m.fl. (2003). Pedagogik inom vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur

Yrkehögskolan Novia Åbo 2012

Annika Snällström-Andersson

