

Trude Brattsveen  
Nina Bølien

# Hverdagsrehabilitering hos hjerneslagpasienter

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Ingunn Ulvestad  
Mai 2019



Trude Brattsveen  
Nina Bølien

# Hverdagsrehabilitering hos hjerneslagpasienter

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Ingunn Ulvestad  
Mai 2019

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



## SAMMENDRAG

|  |  |                   |          |
|--|--|-------------------|----------|
| Tittel:  | Hvordan bør sykepleier arbeide for å fremme gode resultater av hverdagsrehabilitering hos hjerneslagpasienter? | Dato:             | 14.05.19 |
| Deltakere:   | Trude Brattsveen<br>Nina Bølien  |                   |          |
| Veileder:  | Ingunn Ulvestad  |                   |          |
| Nøkkelord:   | Hverdagsrehabilitering, hjerneslagpasienter, selvstendighet, sykepleierrolle, brukervedvirkning.               |                   |          |
| Antall sider: 40   | Antall ord: 10 800   | Antall vedlegg: 0 |          |
| <p><b>Innledning:</b> Demografisk utvikling fører til en økende andel eldre, som gir en skjevfordeling med antall yrkesaktive i samfunnet. Det er behov for å endre fokus fra pleie og omsorg til forebygging og rehabilitering. Hjerneslag rammer omtrent 12 000 personer i Norge årlig, og er den vanligste årsaken til funksjonshemming. Denne pasientgruppen har stort rehabiliteringspotensiale, og hverdagsrehabilitering kan være en hensiktsmessig rehabiliteringsmetode. Intervensjonens hovedfokus er å øke pasientenes selvstendighet, og motvirke ytterligere funksjonsfall.</p> <p><b>Hensikt:</b> Å identifisere resultater av hverdagsrehabilitering, og hvordan sykepleier bør arbeide for å hjelpe pasienten å oppnå disse resultatene.</p> <p><b>Metode:</b> Litteraturstudie. Strukturerte søk er gjennomført for å finne resultater relatert til problemstillingen. Det ble benyttet ulike databaser, og syv vitenskapelige artikler er inkludert i litteraturstudien.</p> <p><b>Resultat:</b> Rehabilitering i pasientens hjem kan blant annet øke pasientenes brukervedvirkning, selvstendighet, fysisk funksjon og ADL-ferdigheter. Pasientene har behov for informasjon og inkludering, samt helhetlige og koordinerte tjenester. Koordinering og kommunikasjon mellom pasienten og det tverrfagelige teamet faller inn under sykepleierens ansvarsområde. Sykepleier har ansvar for vurdering av pasientenes tilstand og aspekter som påvirker pasientens rehabilitering, integrering av pasientens treningsprogram, emosjonell støtte, samt fysisk og teknisk pleie.</p> <p><b>Konklusjon:</b> For å fremme gode resultater av hverdagsrehabilitering hos hjerneslagpasienter, bør sykepleieren sørge for god kommunikasjon og koordinering av det tverrfaglige teamet rundt pasienten. Sykepleieren bør ivareta pasientens autonomi, informasjonsbehov og grunnleggende behov. I tillegg bør sykepleier motivere pasienten til endring, benytte empowerment som hjelpemiddel og vise fysisk og psykisk støtte etter pasientens behov.</p> |  |                   |          |

|   |  |                     |          |
|---|--|---------------------|----------|
| Title:  | How should the nurse work to promote good results of home rehabilitation to stroke patients? | Date:               | 14.05.19 |
| Participants:   | Trude Brattsveen<br>Nina Bølien  |                     |          |
| Supervisor:   | Ingunn Ulvestad  |                     |          |
| Keywords:   | Home rehabilitation, stroke patients, independence, nurse's role, user involvement.          |                     |          |
| Number of pages:  | 40   | Number of words:    | 10 800   |
|   |  | Number of appendix: | 0        |
| <p><b>Introduction:</b> A demographic development leads to an increased proportion of the elderly, which gives a skewed distribution with the number of working people in the society. There is a need to change the focus from care, to prevention and rehabilitation. Stroke affects roughly 12 000 persons in Norway annually, and is the leading cause of disability. This patient group has a big potential for rehabilitation, and home rehabilitation can be an expedient rehabilitation method. The intervention's main focus is to gain the patient's independence, and prevent additional loss of function.</p> <p><b>Aim:</b> To identify the results of home rehabilitation, and how the nurse should work to achieve these goals.</p> <p><b>Method:</b> Literature study. Structural searches have been carried out to find results related to the problem. Various databases were used, and seven scientific articles were included in the study.</p> <p><b>Results:</b> Rehabilitation in the patient's home may increase user involvement, independence, physical function and ADL-functions. The patients need information and inclusion, as well as comprehensive and coordinated services. Coordinating and communication between the patient and the interdisciplinary team falls under the nurse's area of responsibility. The nurse is responsible for assessing the patient's condition and aspects that affects the patient's rehabilitation, integrating of the patient's rehabilitation program, emotional support, as well as physical and technical care.</p> <p><b>Conclusion:</b> To promote good results of the home rehabilitation of stroke patients, the nurse should promote good communication and coordination of the interdisciplinary team around the patients. The nurse should safeguard the patient's autonomy, information needs and basic needs. In addition, the nurse should motivate the patient to change, use empowerment as a tool and show physical and mental support according to the patient's needs.</p> |  |                     |          |

# Innholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| <b>1.0 Innledning</b> .....   | 1  |
| 1.1 Introduksjon til bacheloroppgavens tema .....                               | 1  |
| 1.2 Sykepleiefaglig relevans .....  | 1  |
| 1.3 Begrepsavklaring .....  | 2  |
| <b>2.0 Bakgrunn</b> .....   | 3  |
| 2.1 Utviklingen av det norske helsevesenet .....                                | 3  |
| 2.2 Hjerneslag.....   | 3  |
| 2.3 Hverdagsrehabilitering .....  | 4  |
| 2.4 Sykepleierens rolle ved hverdagsrehabilitering .....                        | 5  |
| 2.5 Bacheloroppgavens hensikt.....  | 7  |
| 2.6 Bacheloroppgavens problemstilling .....                                     | 7  |
| <b>3.0 Metode</b> .....   | 7  |
| 3.1 Litteraturstudie som metode .....   | 7  |
| 3.2 Søkestrategi.....   | 7  |
| 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....                                    | 8  |
| 3.4 Kritisk vurdering av artikler .....   | 8  |
| 3.5 Søkeshistorikk .....  | 9  |
| 3.6 Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode.....                             | 10 |
| <b>4.0 Resultatpresentasjon</b> .....   | 12 |
| 4.1 Oversikt over inkluderte artikler .....                                     | 12 |
| 4.2 Sammenfattet resultat .....   | 19 |
| 4.2.1 Effekter av hverdagsrehabilitering .....                                  | 19 |
| 4.2.2 Pasientenes erfaringer og behov ved rehabilitering .....                  | 20 |
| 4.2.3 Sykepleiers rolle .....   | 21 |
| <b>5.0 Diskusjon</b> .....  | 22 |
| 5.1 Ressursutnyttelse i møte med fremtidige utfordringer i helsetjenesten ..... | 22 |
| 5.2 Sykepleiers rolle i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet .....            | 23 |
| 5.2.1 Koordinering og kommunikasjon .....                                       | 23 |
| 5.2.2 Integrering av pasientens rehabiliteringsprogram .....                    | 24 |
| 5.2.3 Sykepleiefaglig vurdering .....   | 24 |
| 5.4 Brukersentrert tilnærming ved hverdagsrehabilitering.....                   | 25 |
| 5.4.1 Kommunikasjon med pasienten .....   | 25 |
| 5.4.2 Brukermedvirkning .....   | 25 |
| 5.4.3 Informasjon .....   | 27 |
| 5.5 Sykepleie ved egenomsorgssvikt .....  | 28 |

|   |    |
|---|----|
| 5.5.1 Fysisk støtte.....                                      | 28 |
| 5.5.2 Psykisk støtte.....                                     | 29 |
| 5.6 Motivasjon.....   | 30 |
| 5.6.1 Faktorer som påvirker pasientens motivasjon.....        | 30 |
| 5.7 Effekter av hverdagsrehabilitering.....                   | 31 |
| 5.8 Kritisk vurdering.....                                    | 32 |
| 5.8.1 Forskningsetiske overveielser.....                      | 32 |
| 5.8.2 Kritisk vurdering av inkluderte forskningsartikler..... | 33 |
| 5.8.3 Kritisk vurdering av litteraturstudien.....             | 33 |
| 6.0 Konklusjon.....   | 35 |
| 7.0 Litteraturliste.....                                      | 37 |



# 1.0 Innledning

## 1.1 Introduksjon til bacheloroppgavens tema

Hverdagsrehabilitering er en relativt ny arbeidsmåte i norske helse- og omsorgstjenester, som går ut på rehabilitering i pasientens hjem etter et funksjonsfall. Hovedfokuset er å gjenoppnå selvstendighet i pasientens dagligliv (Hartviksen, 2017). En stor pasientgruppe som kan dra nytte av denne typen rehabilitering, er hjerneslagpasienter. Hjerneslag rammer omtrent 12 000 personer i Norge årlig, og er den vanligste årsaken til funksjonshemming (Helsedirektoratet, 2010). Denne litteraturstudien undersøker hvordan sykepleier bør arbeide for å fremme gode resultater av hverdagsrehabilitering hos hjerneslagpasienter. For å få et helhetlig bilde av sykepleiers rolle, undersøkes også effekter av hverdagsrehabilitering, samt pasientenes behov ved rehabiliteringen.

## 1.2 Sykepleiefaglig relevans

Hverdagsrehabiliteringens overordnede mål er ifølge Harviksen (2017) å fremme pasientens selvstendighet og mestring. En kjent sykepleieteori med samme hovedfokus, er Dorothea Orem's egenomsorgsteori. Orem er en amerikansk sykepleier som på 1950-tallet utarbeidet en tredelt sykepleieteori, omhandlende egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystem (Biermann, 1996, s.3; Kirkevold, 2006, s.128). Orem, sitert i Biermann (1996, s.8) definerer egenomsorg som “de aktiviteter individet tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære”. Orem vektla også at egenomsorg innebærer både omsorg for en selv, og omsorg gitt av en selv. Ved egenomsorgssvikt er ikke pasienten i stand til å få dekket sine personlige og grunnleggende behov, og da oppstår behovet for sykepleie. Sykepleieren vil vurdere pasientens egenomsorgssvikt og hjelpebehov, og igangsette en sykepleieintervensjon, også kalt et sykepleiesystem (Biermann, 1996, s.3 og 8; Kirkevold, 2006, s.136).

Orem (sitert i Bondevik, 2002) har beskrevet fem hjelpemetoder sykepleieren kan benytte i møte med pasienter. Hjelpemetodene er “å undervise, å tilrettelegge et terapeutisk miljø, å støtte både fysisk og psykisk, å råde og veilede og å ta initiativ og utføre gjøremål for pasienten” (Bondevik, 2002, s.117). Det er altså sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til selvstendighet i egenomsorgsaktivitetene i den grad det er mulig, men også å overta de

egenomsorgsaktivitetene pasienten ikke er i stand til å utføre (Kirkevold, 2006, s.128).

### ***1.3 Begrepsavklaring***

|                       |  |
|-----------------------|--|
| ADL                   | Forkortelse for “Activities of Daily Living”, og kan oversettes til dagliglivets aktiviteter. ADL-ferdigheter omhandler en persons evne til å utføre dagliglivets aktiviteter (Grov, 2016).  |
| Autonomi              | Retten til å bli informert og ta valg angående eget liv og helse (Brinchmann, 2016).   |
| Demografisk utvikling | Demografi er befolkningslære eller befolkningsteori. Demografisk utvikling omhandler da endringer befolkningens størrelse, alders- og kjønnsfordeling, geografisk fordeling, fruktbarhet, dødelighet og migrasjon (Solerød og Tønnesen, 2018). |
| Grunnleggende behov   | Omhandler blant annet menneskets elementære biologiske behov, som søvn, hvile, mat og fysisk aktivitet, i tillegg til behov for sosiale relasjoner og meningsfulle aktiviteter (Aggernæs sitert i Rustøen, 2016; Mathisen, 2016).              |
| Paralyse              | Totalt tap av muskelstyrke, altså fullstendig lammelse (Jensen og Dietrichs, 2018).  |
| Parese                | Delvis tap av muskelstyrke, altså delvis lammelse (Jensen og Dietrichs, 2018).   |
| Sosioøkonomisk status | Vurderes ut ifra utdanningsnivå, yrke og inntekt (Folkehelseinstituttet, 2005).  |

## **2.0 Bakgrunn**

### ***2.1 Utviklingen av det norske helsevesenet***

Kommunehelsetjenestene i Norge har, ifølge Hamran sitert i Hartviksen (2017), tidligere fokusert på pleie og omsorg som kompensasjon for tapte funksjoner. Dette fokuset blir kalt en pleiekultur. I Norge ses det i dag en demografisk utvikling, som gir en skjevfordeling mellom yrkesaktive, og eldre med aldersbetingede sykdommer i samfunnet. Dette vil medføre en økning i antall brukere og pasienter i kommunene, samtidig som det ikke vil være nok helsepersonell til å pleie alle brukere med funksjonsnedsettelse. Dermed vil ikke pleiekulturen være bærekraftig i fremtiden. For å sikre et bærekraftig helsevesen er det nødvendig å endre holdninger i samfunnet og hos helsepersonell fra pleie og omsorg til forebygging og rehabilitering (St.meld. 47 (2008-2009); Hartviksen, 2017). Rehabilitering beskrives i forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) §3 som:

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.

Kommunen skal tilby rehabilitering jmfør §3-2 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011). For å sikre at alle pasienter med behov for rehabilitering tilbys dette, kan det være hensiktsmessig å vurdere rehabiliteringsbehov ved eksempelvis utskrivelse fra sykehus, konsultasjon med fastlege, første kontakt med hjemmesykepleien eller praktisk bistand i kommunen. Dersom dette gjøres i alle ledd i helsevesenet, vil det være enklere å tidlig identifisere aktuelle pasienter, og dermed fremme godt utbytte av rehabiliteringen (St.meld. 26 (2014-2015)). I tillegg er kommunen lovpålagt å “tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud” jmfør §4-1a i helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Dette vil diskuteres videre under litteraturstudiets punkt 5.2.

### ***2.2 Hjerneslag***

Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2016) beskriver hjerneslag som et samlebegrep for hjerneblødning og hjerneinfarkt. Begge tilstandene innebærer fullstendig eller delvis stopp i blodtilførsel til deler av hjernen. Ved hjerneslag får cellene i det affiserte området for lite

oksygen, og vedvarende sirkulasjonssvikt vil føre til at cellene blir skadet eller dør. Motoriske utfall som følge av hjerneslaget er avhengig av skadens lokalisasjon og omfang, og det kan variere fra parese til total paralyse. Dette kan blant annet påvirke musklene i ekstremitetene, og pasienten kan oppleve muskel- og skjelettsmerter og få synsutfall. Hjerneslaget kan resultere i muskelsvinn og tap av balanse, hvilket medfører funksjonsfall som kan gi pasienten vansker med å ivareta personlig hygiene og utføre dagligdagse gjøremål. I tillegg vil en stor andel av hjerneslagpasientene være plaget av fatigue eller tretthetssymptomer som gjør det vanskeligere å ta initiativ til aktivitet (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016).

I Norge er hjerneslag den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming, og rammer som nevnt innledningsvis omtrent 12 000 personer årlig. Av alle hjerneslagrammede vil en tredjedel gjenvinne fullstendig eller tilnærmet tidligere funksjonsnivå, og en tredjedel vil dø. Siste tredjedel vil ha varig funksjonsfall som påvirker dagligdagse aktiviteter og individets funksjon i eget hjem og i samfunnet. Det sees en økning i antall hjerneslagrammede som et resultat av samfunnets demografiske utvikling. Hjerneslagrammede er den pasientgruppen med flest liggedøgn i somatiske helseinstitusjoner, og en stor andel vil trenge rehabilitering og kreve store ressurser i samfunnet (Helsedirektoratet, 2010; Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016).

### ***2.3 Hverdagsrehabilitering***

Hverdagsrehabilitering er rehabilitering som foregår i pasientens eget hjem, med mål om å mestre ulike aspekter av pasientens hverdag (Birkeland og Flovik, 2016, s. 33). I hverdagsrehabilitering er brukerens ønsker, behov og ressurser sentrale, og det skal tas sikte på å styrke brukerens mestringsevne, gjennom hverdagsmestring. Hverdagsmestring er tankesettet og holdningene som ligger til grunn for hverdagsrehabilitering, og vil omtales videre som en rehabiliterende holdning. Ved hverdagsrehabilitering fokuseres det på å styrke pasientens funksjonsnivå gjennom trening og individuell tilpasning, fremfor å sette inn kompensierende pleie- og omsorgstiltak. Treningen avpasses individuelt og utfordringene økes gradvis. Dette bidrar til økt mestringsfølelse hos pasienten, samt tillit og trygghet i relasjonen mellom sykepleier og pasient (St.meld 26 (2014-2015); Hartviksen, 2017). Et viktig fokus i hverdagsrehabiliteringen er å spørre pasienten “Hva er viktige aktiviteter for deg?” (Birkeland og Flovik, 2016, s. 33-34).

Ifølge Birkeland og Flovik (2016, s. 34), kan hverdagsrehabilitering i hovedsak organiseres på to ulike måter i kommunehelsetjenesten. Hverdagsrehabiliteringen kan enten integreres i den ordinære driften av hjemmetjenesten, eller det kan dannes egne hverdagsrehabiliteringsteam. Hartviksen (2017) beskriver hverdagsrehabiliteringen som et tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut, som starter med at pasientens funksjonsnivå og ressurser kartlegges. Som en del av dette er det viktig at sykepleieren, jmf §4 i helsepersonelloven (1999), vurderer om hverdagsrehabilitering er et faglig forsvarlig alternativ for pasienten. Videre samarbeider pasienten og hverdagsrehabiliteringssykepleieren om å sette realistiske mål, eksempelvis at pasienten skal klare å dusje på egenhånd, lage mat, eller andre ADL-ferdigheter. Videre lages et individuelt treningsprogram, som skal gjennomføres intensivt i en gitt tidsperiode, eksempelvis åtte uker. Midtveis i denne tidsperioden evalueres pasientens funksjonsnivå på nytt, for å eventuelt oppdatere treningsprogrammet. Til slutt evalueres funksjonsnivået etter den angitte tidsperioden er omme, for å vurdere om pasienten har nådd målene med hverdagsrehabiliteringen (Hartviksen, 2017).

Frederica kommune i Danmark og Østersund kommune i Sverige viser gode resultater etter oppstart av hverdagsrehabilitering. I Frederica kommune ble hverdagsrehabilitering implementert i 2008. Av de som mottok hverdagsrehabilitering viste resultatene at 45 % ikke lenger hadde behov for kommunale tjenester, 40 % hadde mindre hjelpebehov enn tidligere, og 15 % hadde samme hjelpebehov (Hartviksen, 2017). I Østersund ble hverdagsrehabilitering innført for første gang i 1999, og viste seg å være mer kostnadseffektivt enn rehabilitering i institusjon (Månsson, sitert i Hartviksen, 2017).

## ***2.4 Sykepleierens rolle ved hverdagsrehabilitering***

Ifølge Kirkevold (sitert i Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016, s.304) har sykepleieren “en fortolkende, støttende, integrerende og bevarende funksjon i sin utøvelse av sykepleie til pasienter med hjerneslag”. Sykepleierens fortolkende funksjon omhandler blant annet å hjelpe pasient og pårørende å få oversikt over sin livssituasjon, identifisere pasientens ressurser og begrensninger, samt sette realistiske mål og forventninger (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016). Ifølge Bondevik (2002) er et viktig sykepleieprinsipp å ta utgangspunkt i

pasientens ressurser. Ved å kartlegge hva pasienten selv mestrer, og hva vedkommende trenger hjelp til, kan sykepleien tilpasses den enkeltes behov. På denne måten vil pasienten få mer oversikt og forutsigbarhet med klare mål og forventninger (Geard, 2002).

Sykepleierens støttende funksjon omhandler, ifølge Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2016), å skape tillit og trygghet mellom pasient og sykepleier. Dette innebærer å motivere, støtte og veilede pasienten, samt sørge for godt samarbeid med pasienten og pårørende. Sykepleieren har en sentral rolle i å organisere pasientens hverdag og behandling med fokus på meningsfulle aktiviteter. I denne forbindelse er det viktig at sykepleieren tilpasser aktivitetene og utfordringene etter pasientens mestringssevne, og ikke stiller urimelige krav. Dette er viktig for å opprettholde motivasjon hos pasienten, og for å skape eller endre vaner til positive hverdagslige rutiner (Bondevik, 2002; Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016). Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2016) forteller videre at sykepleieren i sin integrerende funksjon blant annet fungerer som pasientens talsperson og koordinator mellom ulike yrkesgrupper i behandlingsprosessen. I sin bevarende funksjon må sykepleieren ivareta pasientens grunnleggende behov og gi en helhetlig pleie og omsorg, med god balanse mellom aktivitet og hvile (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016).

God kommunikasjon er viktig for å oppnå et godt samarbeid og trygt miljø med muligheter for utvikling hos pasienten. Det er viktig at sykepleieren viser tydelig kompetanse, omtanke og interesse, for å sikre god kommunikasjon, samt å skape trygghet for pasienten og pårørende. Videre bør sykepleieren vise forståelse og respekt, og ivareta pasientens autonomi og sosiale behov (Bondevik, 2002; Geard, 2002). For å ivareta pasientens autonomi er en forutsetning at pasienten får nødvendig informasjon og mulighet til å medvirke ved gjennomføring av helsetjenestene. Dette er rettigheter pasienten har jmfør henholdsvis §3-2 og §3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Som et hjelpemiddel i brukermedvirkning, kan sykepleieren benytte empowerment. Dette innebærer å styrke pasientens kontroll over faktorer som påvirker deres helse (Tveiten, 2012).

## ***2.5 Bacheloroppgavens hensikt***

Bacheloroppgavens hensikt er å identifisere resultater av hverdagsrehabilitering hos hjerneslagpasienter, og hvordan sykepleieren bør arbeide for å hjelpe pasienten å oppnå disse resultatene. Bacheloroppgaven vil fokusere på resultater relatert til pasientens fysiske funksjon og selvstendighet i dagliglivet. Dette vil kunne bevisstgjøre sykepleiere på sine holdninger i møte med pasienter - om de gjør for pasienten, eller om de hjelper pasienten å klare seg selv.

## ***2.6 Bacheloroppgavens problemstilling***

Hvordan bør sykepleier arbeide for å fremme gode resultater av hverdagsrehabilitering hos hjerneslagpasienter?

## **3.0 Metode**

### ***3.1 Litteraturstudie som metode***

Bacheloroppgaven i sykepleie ved NTNU Gjøvik er en litteraturstudie. Dette er en studie hvor man “systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder” (Thidemann, 2017, s.79). Det vil si at man samler inn litteratur, foretar en kritisk vurdering av litteraturen og til slutt sammenfatter og drøfter resultatene opp mot annen litteratur på temaet (Magnus og Bakketeig, sitert i Thidemann, 2017, s. 80).

### ***3.2 Søkestrategi***

I litteraturstudien ble databasene Medline, Proquest, SweMed+, Cochrane Library og Embase benyttet til søk etter vitenskapelige artikler. Det finnes ikke et direkte oversatt ord av “hverdagsrehabilitering” på engelsk, derfor ble det brukt liknende søkeord som; “rehabilitation”, “everyday rehabilitation”, “rehabilitation nursing”, “community rehabilitation”, “activities of daily living” og “activity”. For å vinkle søket mot hjerneslag, ble det brukt søkeord som; “stroke rehabilitation”, “stroke”, “acute stroke” og “apoplexia

cerebri”. Følgende andre søkeord ble inkludert for å finne artikler relatert til aktuelt tema; “nurse’s role”, “continuity”, “results”, “nursing”, “prevention”, “quality of life”, “self-efficacy”, “non-pharmaceutical therapy”, “multiprofessional collaborations”, “home care Services”, “outpatients”, “participation” og “patient experience”. Underveis i søket ble det brukt ulike kombinasjoner av nevnte søkeordene, i ulike databaser.

### **3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

| Inklusjonskriterier   | Eksklusjonskriterier  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikler som omhandler enten rehabilitering av hjerneslagpasienter eller sykepleierens rolle i rehabiliteringsteam.</li> <li>• Deltakerne i studiene var pasienter som skal skrives ut fra sykehus til sitt hjem, eller sykepleiere med erfaring fra arbeid i tverrfaglige rehabiliteringsteam.</li> <li>• Artiklene må ha imrad-struktur.</li> <li>• Artiklene må være fagfellevurderte.</li> <li>• Artiklene må bestå helsebibliotekets sjekklister for gjeldende type studie.</li> <li>• Artiklene må være publisert i pålitelige tidsskrifter</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikler med deltakere som har betydelig kognitiv svikt, er i palliativ fase eller av annen grunn ikke er i stand til å motta rehabilitering i hjemmet.</li> <li>• Vitenskapelige artikler med opphav i helsevesen som ikke kan overføres til norsk helsevesen.</li> <li>• Artikler som ikke viser tilstrekkelig beskrivelse av metode og resultat.</li> <li>• Artikler som i stor grad vektlegger angst og depresjon hos hjerneslagpasienter</li> </ul> |

### **3.4 Kritisk vurdering av artikler**

Ved kritisk vurdering av artikler, ble det først undersøkt om artikkelen var relevant for aktuelt tema. Dette ble gjort ved å lese artikkelens overskrifter og sammendrag. I tillegg ble det vurdert om årstallet og landet studien ble gjennomført i kunne relateres til problemstillingen. Dersom artikkelen tilsynelatende var relevant, ble det videre undersøkt om artikkelen var en vitenskapelig artikkel, og ikke en fagartikkel, ved å blant annet bekrefte at den har imrad-



struktur. Imrad-struktur vil si at artikkelen er oppbygd med introduksjon til tema og beskriver metoden brukt i studien, eksempelvis hvor mange individer inkludert i studien og hvilken forskningsmetode som er brukt. I tillegg skal artikkelen beskrive studiens funn i et resultatkapittel, og ha en diskusjonsdel til slutt hvor det belyses fordeler og evt feilkilder ved studien (Thidemann, 2017, s.31, 68 og 89).

Videre ble det bekreftet at artiklene var fagfellevurdert. Det ble gjort ved å undersøke tidsskriftet artikkelen er publisert i, og hva slags system tidsskriftet har for vurdering og publisering av forskningsartikler. For å vurdere om tidsskriftet er kvalitetssikkert, ble det undersøkt om tidsskriftet har en form for offentlig nettside, hvem som organiserer denne, og hva slags artikler som publiseres i tidsskriftet. Noen tidsskrifter beskriver rutiner for ekstern fagfellevurdering på sin nettside. Dersom slike rutiner ikke er lagt frem, kan ulik “received”, “accepted” og “published” dato være en indikasjon på at artikkelen er fagfellevurdert. Norsk Senter for Forskningsdata (2019) sitt register for publiseringskanaler ble også brukt, for å undersøke om tidsskriftet er vurdert der, hvilket kan gi en indikasjon på om den gjeldende artikkelen er fagfellevurdert. Fagfellevurderte artikler har også et ISSN-nummer, som vi søkte opp og bekreftet i det internasjonale ISSN-registeret (ISSN, 2019). Til slutt ble det benyttet sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler fra helsebiblioteket (2016).

### 3.5 Søkehistorikk

| Database | Søkeord   | Kombinasjoner    | Antall treff | Valgt/inkludert artikkel   |
|----------|---|------------------|--------------|--|
| Medline  | 1. Stroke Rehabilitation<br>2. nursing interventions<br>3. Interprofessional Relations<br>4. Nurse’s Role | #1 AND #2        | 19           | Structured Nursing Intervention Versus Routine Rehabilitation After Stroke |
|          |   | #1 AND #3 AND #4 | 5            | The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team    |

|                  |   |  |    |   |
|------------------|---|--|----|---|
| Cochrane Library | 1.Rehabilitation<br>2. Activities of Daily Living<br>3. Stroke Rehabilitation<br>4. Home Care Service<br>5. Quality of Life | #1 AND #2 AND #3<br>AND #4 AND #5  | 9  | Effectiveness of home rehabilitation program for ischemic stroke upon disability and quality of life: A randomized controlled trial |
| ProQuest         | 1. Rehabilitation nurse role<br>2. Stroke<br>3. Rehabilitation at home<br>4. Home Care Service<br>5. Results<br>6. Autonomy | #1 AND #2 AND #3<br>AND #4 AND #5<br>AND #6 AND Mesh.<br>Exact<br>("Rehabilitation Nursing" OR "Rehabilitation") | 13 | Nurses` perceptions of their role in rehabilitation of the older person   |
| SveMed+          | 1. Everyday Rehabilitation<br>2. Hverdags-rehabilitering<br>3. Stroke<br>4. Quality of life<br>5. Home Care Service         | #1 AND #3<br>AND #4  | 2  | Couples` approach to changes in everyday life during first year after stroke  |
|                  |   | #2 AND #3 AND #5   | 25 | A home rehabilitation program for stroke patients   |
| Embase           | 1. Daily Life Activity<br>2. Stroke Rehabilitation<br>3. Home Care  | #1 AND #2 AND #3   | 12 | First-time stroke survivors and caregivers` perception of being engaged in rehabilitation   |

### ***3.6 Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode***

På bakgrunn av at artiklene inkludert i denne litteraturstudien er både kvantitative og kvalitative studier, anses det som hensiktsmessig å kort forklare hvordan slike studier gjennomføres.

Kvantitative studier undersøker, ifølge Thidemann (2017, s.78), målbare enheter. Denne forskningsmetoden er hensiktsmessig for å oppnå nøyaktige tall til eksempelvis statistiske

beregninger. Resultatene er eksakt faktakunnskap og formidles ofte i tabellform. Kvantitativ forskningsmetode kan blant annet belyse om en intervensjon er mer effektiv enn en annen. En type kvantitativ studie som ofte benyttes til slike undersøkelser er randomisert kontrollert studie, som her vil forklares kort på bakgrunn av at flere inkluderte artikler i litteraturstudien benytter denne metoden.

Randomisert kontrollert studie forkortes RCT, og anses ifølge Thidemann (2017, s.73) som den mest pålitelige metoden for vurdering av effekten av et tiltak. Deltakerne i studien randomiseres, det vil si fordeles tilfeldig til to homogene, altså like, grupper; en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen mottar et tiltak som kontrollgruppen ikke mottar. Siden gruppene var homogene i utgangspunktet, vil forskjeller mellom gruppene i etterkant være effekten av tiltaket (Nortvedt *et al.* sitert i Thidemann, 2017, s.73).

Studier med kvalitativ metode har som hensikt “å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og å få frem nyanser” (Thidemann, 2017, s.78). Ved denne typen studie kan man undersøke blant annet samhandling og utvikling, altså ting som ikke er mulig å tallfeste eller måle. Datasamlingen kan foregå ved intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse (Dalland, 2017, s.112; Thidemann, 2017, s.78).

## 4.0 Resultatpresentasjon

For å gi en oversikt over artikler inkludert i denne litteraturstudien, har vi sammenfattet artiklenes hovedkomponenter i matriser. Matrisene er lagd ut ifra inspirasjon fra Aveyard (2014, s.144) og Thidemann (2017, s.90). Deretter presenteres sammenfattet resultat i temaer relevante til litteraturstudiens problemstilling.

### 4.1 Oversikt over inkluderte artikler

|                      |   |
|----------------------|---|
| Referanse artikkel 1 | Nir, Z., Zolotogorsky, Z., Sugarman, H., (2004) Structured Nursing Intervention Versus Routine Rehabilitation After Stroke, <i>American Journal of Physical Medicine &amp; Rehabilitation</i> , volum 83, s.522-529. DOI: 10.1097/01.PMH.0000130026.12790.20  |
| Hensikt              | Undersøke effekten av en strukturert og omfattende sykepleieintervensjon i seks måneder, som del av rehabiliteringen til pasienter som har hatt hjerneslag for første gang, sammenliknet med rutine-rehabilitering etter hjerneslag.  |
| Metode               | <b>Design:</b> Studiens forfattere beskriver metoden som en “intervensjonsstudie”. Metodebeskrivelsen viser at studien er tilsvarende lik RCT, og er derfor en kvantitativ forskningsmetode.<br><b>Utvalg:</b> Studien er gjennomført i Israel. Deltakerne var 155 eldre hjerneslagoverlevende, som ble rekruttert fra en geriatrisk rehabiliteringsavdeling.<br><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Resultatene av intervensjonen ble analysert med blant annet følgende skalaer: <i>FIM Instrument</i> , <i>Instrumental Activities of Daily Living (IADL)</i> , <i>Self-perception of Health</i> og <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> . |
| Resultat             | Intervensjonsgruppen fikk alt i alt bedre skår på alle analyseskalaene enn kontrollgruppen, med unntak av IADL, hvor begge gruppene fikk tilnærmet lik skår. Intervensjonen, gjennom opplæring og informasjon om sykdom og rehabilitering, sørget for at deltakerne fikk større forutsetning for å kunne takle utfordringer som følge av hjerneslaget.  |
| Konklusjon           | Sykepleieintervensjonen hadde gode effekter på fysiske, psykiske og emosjonelle variabler, på både kort og lang sikt.   |
| Etiske overveielser  | Studien er godkjent av medisinsketisk komite, og alle deltakerne i studien signerte informert samtykke før studien ble gjennomført.   |
| Relevans             | Studien er gjennomført i Israel, og grunnet manglende beskrivelse av helsevesenets struktur, kan det tenkes at det er ulikt fra norsk helsevesen. Studien ble likevel vurdert relevant for litteraturstudiens problemstilling, da den viser effekt av intervensjon med ekstra oppfølging og støtte i rehabiliteringsprosessen - uavhengig av helsevesenets struktur. I tillegg var intervensjonen basert på Orems egenomsorgsteori, som i stor grad vektlegges i litteraturstudien.   |

|                      |  |
|----------------------|--|
| Referanse artikkel 2 | Ljungberg, C., Hanson, E. og Lövgren, M. (2001) A home rehabilitation program for stroke patients, <i>Scandinavian Journal of Caring Science</i> , volume 15, s.44-53. DOI: 10.1046/j.1471-6712.2001.1510044.x   |
| Hensikt              | Å utvikle et rehabiliteringsprogram for hjerneslagpasienter på sykehus, og i pasientens hjem inntil fire uker etter utskrivelse. Målet var å undersøke en helhetlig sammenheng mellom pasientens funksjonsnivå og livstilfredshet, med pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov tatt i betraktning.   |
| Metode               | <b>Design:</b> Studien har en kvantitativ tilnærming, hvor et nytt rehabiliteringsprogram i hjemmet sammenliknes med tradisjonell rehabilitering på en rehabiliteringsavdeling.<br><b>Utvalg:</b> Studien foregikk i Sverige, og bestod av 14 menn og 18 kvinner med en gjennomsnittsalder på 72 år. Totalt var det 32 hjerneslagpasienter i intervensjonsgruppen og 9 hjerneslagpasienter i kontrollgruppen.<br><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Studien baseres på Orems egenomsorgsteori og Carr og Sheperds motoriske læreprogram. Ved datainnsamlingen ble det benyttet "Functional Independence Measure (FIM) scale" og intervjuer basert på spørreskjemaet "Quality of the Patient's Perspective".   |
| Resultat             | Både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen viste forbedringer i funksjonelle ferdigheter, utøvelse av dagligdagse gjøremål og mobilitet. Deltakerne viste bedre evne til å uttrykke seg og oppgaveløsning, samt økte sosiale funksjoner og deltakelse i fritidsaktiviteter, og økt livstilfredshet. Resultatene viste positiv effekt på rehabiliteringen hos pasientene med involverte og støttende pårørende, og pasientene var generelt mer aktive i rehabiliteringen hjemme. Pasientene i intervensjonsgruppen mottok mer informasjon, og var i større grad delaktige i planleggingen av rehabiliteringen, enn pasientene i kontrollgruppen. Studien viser at interesse og motivasjon er viktige kriterier for å få et godt resultat av rehabiliteringen. Pasientene som mottok rehabilitering i eget hjem hadde også korte innleggelse på sykehus. |
| Konklusjon           | Det hjemmebaserte rehabiliteringsprogrammet virket lovende ettersom det økte pasientenes funksjonelle ferdigheter, og livskvalitet hos pasientene og pårørende. Programmet ga pasientene mulighet til å ta avgjørelser angående eget liv, og fokusere på aktiviteter viktig for vedkommende.   |
| Etiske overveielser  | Etisk godkjenning ble gitt av «The Medical Scientific Ethics Committee» ved universitetet i Göteborg. Deltakerne i studien fikk både muntlig og skriftlig informasjon, og deltakelsen var frivillig.   |
| Relevans             | Færre pasienter i kontrollgruppen kan ha påvirket resultatene, til tross for at de ble sammenliknet med tilsvarende representanter i intervensjonsgruppen. Denne artikkelen ble likevel inkludert da studiens fokus på individuell tilnærming og meningsfulle aktiviteter kan overføres til hverdagsrehabilitering i Norge.  |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Referanse<br>artikkel 3 | Chaiyawat, P. og Kulkantrakorn, K. (2012) Effectiveness of home rehabilitation program for ischemic stroke upon disability and quality of life: A randomised controlled trial, <i>Clinical Neurology and Neurosurgery</i> , volum 114, s.866-870. DOI: 10.1016/j.clineuro.2012.01.018.  |
| Hensikt                 | Å utvikle og undersøke effekten av et individuelt rehabiliteringsprogram for iskemiske hjerneslagpasienter i pasientens hjem, hvor pasientens funksjonsnivå og livskvalitet vurderes. Målet var vurdere langtidseffektene av rehabiliteringsprogrammet, i et håp om at dette vil bidra til å forbedre behandlingen hos hjerneslagpasienter.   |
| Metode                  | <b>Design:</b> Kvantitativ metode, RCT.<br><b>Utvalg:</b> Seksti pasienter med nylig iskemisk hjerneslag ble screenet til kvalifisering til studien ved et universitetssykehus i Thailand.<br><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Endringer i funksjonsnivå, funksjonshemming og livskvalitet ble analysert ved bruk av skalaene Barthel ADL Index, modified Ranking Scale og verktøysindeksen EQ-5D.   |
| Resultat                | Resultatene viste forbedringer i forhold til blant annet fysisk funksjon, ADL og mobilitet, samt mindre funksjonshemming og smerter hos begge gruppene, men betydelig mer hos intervensjonsgruppen. 94% av deltakerne viste økt selvstendighet og livskvalitet. Pårørende fikk opplæring i å assistere pasienten i gjøremål, som samtidig fremmer pasientens muligheter til å bruke sine funksjonelle evner. Studien viser at dette kan påvirke rehabiliteringsresultatene. |
| Konklusjon              | Tidlig intervensjon med hjemmerehabilitering det første halve året etter et hjerneslag, førte til økt funksjonsnivå og livskvalitet, samt reduserte funksjonshemminger, sammenliknet med vanlig pleie til hjerneslagpasienter.  |
| Etiske overveielser     | Alle pasientene ga sitt informerte samtykke til deltakelse i studien, og til datainnsamlingen. Studien ble godkjent av «the ethical committee of Faculty of Medicine, Thammasat University».  |
| Relevans                | Studien ble gjennomført i Thailand, hvor det antakeligvis praktiseres noe ulik hjerneslagbehandling enn i Norge. Studien ble likevel inkludert, da den hovedsakelig fokuserer på rehabiliteringen som gis og effekten av denne.   |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Referanse<br>artikkel 4 | Burke, K. G. og Doody, O. (2012) Nurses`perception of their role in rehabilitation of the older person, <i>Nursing Older People</i> , volum 24, s. 33-38.<br>DOI: 10.7748/nop2012.03.24.2.33.c8956   |
| Hensikt                 | Å undersøke sykepleierens oppfatning av sin rolle i rehabilitering av den eldre pasienten.   |
| Metode                  | <b>Design:</b> Kvalitativ metode<br><b>Utvalg:</b> Ni sykepleiere fra to rehabiliteringsklinikker i Irland. Alle deltakerne var kvinner, med varierende erfaring fra 3-22 år. Fire av dem hadde videreutdanning innen rehabilitering eller eldreomsorg.<br><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Intervjuer med fenomenologisk tilnærming og fokus på et grundig syn på sykepleiernes oppfatninger. Intervjuene ble spilt inn med lydopptak, transkribert og analysert ved bruk av Colaizzis rammeverk. Dette innebærer å danne en rik beskrivelse av opplevelsen og søke validering fra deltakerne som sammenlikner de beskrevne resultatene med deres opplevde erfaringer. |
| Resultat                | Datainnsamlingen resulterte i tre hovedfunn: Sykepleierne anså det som sitt ansvar å gi omsorgsfull pleie, bidra til samarbeid, og ivareta pasientens autonomi og empowerment.   |
| Konklusjon              | Sykepleieren har en viktig rolle i rehabiliteringen av den eldre pasienten, som ofte ikke blir anerkjent og satt pris på.  |
| Etiske<br>overveielser  | Godkjent av komite for forskningsetikk. Deltakelse i studien var frivillig, og det ble gitt skriftlig samtykke.  |
| Relevans                | Studien beskriver verken type rehabilitering eller pasientgruppe utover aldersgruppe. Den omhandler ikke hverdagsrehabilitering, men sykepleiers egen oppfatning av sin rolle i pasientens rehabiliteringsprosess. Sykepleiernes oppfatninger understøttes av faglitteratur, og derfor ble studien inkludert for å gi innsikt i sykepleierens syn på sin rolle i et tverrfaglig rehabiliteringsteam.   |

|                      |   |
|----------------------|---|
| Referanse artikkel 5 | Long, A.F., Kneafsey, R., Ryan, J. og Berry, J. (2002) The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team, <i>Journal of Advanced Nursing</i> , volum 37, s.70-78. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02059.x   |
| Hensikt              | Å identifisere sykepleierens bidrag til det tverrfaglige rehabiliteringsteamet.   |
| Metode               | <p><b>Design:</b> Studien er en kvalitativ undersøkelse av rehabilitering til tre ulike pasientgrupper; lårhalsbrudd, revmaoid artritt og hjerneslag.</p> <p><b>Utvalg:</b> Studien ble gjennomført i England, og inkluderer totalt 49 pasienter. Utvalget sikrer variasjon i alder, kjønn og alvorlighetsgrad av sykdom.</p> <p><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Datasamlingen foregikk gjennom observasjon, intervjuer av pasienter, pleiere og andre profesjonsgrupper involvert i pasientens rehabilitering. Datainnsamlingen ble gjort på seks ulike avdelinger: To avdelinger i spesialisthelsetjenesten, en integrert spesialist- og primærhelsetjenesteavdeling, og tre avdelinger i primærhelsetjenesten.</p> |
| Resultat             | Studien identifiserer seks sammenflettede roller sykepleieren har i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet: Evaluering og vurdering av pasienten, koordinering og kommunikasjon, teknisk og fysisk omsorg, integrering og videreføring av terapi, emosjonell støtte og involvering av pasientens familie.   |
| Konklusjon           | Sykepleieren trenger forståelse av rehabiliteringens prinsipper, og hvordan rehabiliteringen oppleves for pasienten. Sykepleierens rolle påvirkes av tidspres og ressurser, samt kunnskaper om rehabilitering. Sykepleieren må reflektere over sin rolle i teamet, og undersøke metoder å praktisere faget for å samtidig ivareta pasientenes og kollegenes forventninger.  |
| Etiske overveielser  | Studien ble godkjent av etikk-komiteer ved alle avdelingene hvor datainnsamlingen foregikk, samt av en forskningsetisk-komite. Studien mottok skriftlig samtykke fra alle involverte pasienter og pårørende.  |
| Relevans             | Studien omhandler ikke bare hjerneslag som pasientgruppe, men også lårhalsbrudd og revmaoid artritt. Vi valgte likevel å inkludere denne vitenskapelige artikkelen da den resulterer i en god beskrivelse av sykepleiers rolle i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet.  |



|                      |   |
|----------------------|---|
| Referanse artikkel 6 | Ekstam, L., Tham, K. og Borell, L. (2011) Couples` approaches to changes in everyday life during the first year after stroke, <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , volum 18 s. 49-58). DOI: 10.3109/11038120903578791  |
| Hensikt              | Å identifisere og beskrive to ektepars tilnærminger til endringer i hverdagen etter gjennomgått hjerneslag, samt å undersøke hvordan ekteparene opplevde rehabiliteringsprosessen.  |
| Metode               | <b>Design:</b> Kvalitativ forskningsmetode.<br><b>Utvalg:</b> To ektepar hvor den ene ektefellen har gjennomgått et hjerneslag. Deltakerne ble rekruttert fra ulike geriatrike avdelinger i Stockholm.<br><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Datainnsamlingen foregikk ved seks anledninger i ekteparenes hjem, fra utskrivelse til tolv måneder etter, ved intervjuer og spørreskjemaer. Ved intervjuene ble det benyttet åpne spørsmål for å gi deltakerne mulighet til å uttrykke seg selvstendig. Intervjuene ble dokumentert på lydopptak, og transkribert til tekstformat før neste intervju.  |
| Resultat             | Den ene hjerneslagrammede satte seg mål, og jobbet aktivt for å nå målene. Hun lærte av å gjøre, tilpasset seg nye metoder for å mestre hverdagens utfordringer. Hun opplevde positive forbedringer i funksjonsnivå og mestringsfølelse, og satte seg deretter nye mål. Ektefellen var støttende i rehabiliteringsprosessen.<br><br>Den andre hjerneslagrammede var betydelig mer passiv og hadde i større hjelpebehov. Han gjorde ikke forsøk i å delta i daglige gjøremål, og opplevde større funksjonstap. Det ble beskrevet at han ventet på å bli bedre, opplevde stort nederlag og hadde lite håp for fremtiden. Ektefellen foretrakk å utføre gjøremål for pasienten, da dette var enklere og tok kortere tid. |
| Konklusjon           | Ekteparene viste ulike metoder å tilpasse seg endringer i dagliglivet etter hjerneslaget. Deres ulike evne til tilpasning hadde konsekvenser for hvordan dagliglivet, og den hjerneslagrammedes funksjonsnivå, ble i etterkant.   |
| Etiske overveielser  | Studien ble godkjent av den etiske komite i Karolinska institusjon i Sverige. Studien er anonymisert.   |
| Relevans             | Artikkelen inkluderer verken sykepleierrollen eller hverdagsrehabilitering, men omhandler pasientens eget ansvar for sin rehabilitering. Studien er likevel relevant for litteraturstudiens problemstilling, da den viser hvordan pasientens motivasjon og villighet til å arbeide for å endre sin situasjon spiller inn på rehabiliteringsresultatet.  |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Referanse<br>artikkel 7 | Chen, L., Xiao, L. D. og Bellis, A. D. (2015) First-time stroke survivors and caregivers` perception of being engaged in rehabilitation, <i>Journal of Advanced Nursing</i> , volum 72, s.73-84. DOI: 10.1111/jan.12819   |
| Hensikt                 | Å undersøke førstegangs hjerneslagpasienters, og deres pårørendes, oppfatning av å ta del i hjerneslagrehabilitering.   |
| Metode                  | <b>Design:</b> Studien har en kvalitativ tilnærming.<br><b>Utvalg:</b> Studien foregikk i Australia, og inkluderte 22 hjerneslagpasienter som mottok kommunebasert rehabilitering etter utskrivelse fra sykehus.<br><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Datainnsamlingen foregikk ved intervjuer av deltakerne. Intervjuene ble filmet, transkribert og tematisk analysert.   |
| Resultat                | Studien viste at pasienter og pårørende hadde behov for informasjon om hjerneslag og rehabilitering grunnet lavt kunnskapsnivå. De opplevde manglende kommunikasjon og kontinuitet ved overføring fra en avdeling til en annen, fragmenterte rehabiliteringstilbud etter utskrivelse til hjemmet, samt manglende inkludering i planlegging og målsetting ved rehabiliteringen. Studien viser betydningen av et godt samarbeid mellom sykepleier, pasient og pårørende, for å oppnå en helhetlig og koordinert rehabiliteringsprosess mot et felles mål. |
| Konklusjon              | Studiens resultater påpeker at sykepleiere ofte undervurderer viktigheten av et godt samarbeid med pasientene og pårørende. Studien viser at sykepleiere har en sentral rolle i samhandlingen med pasienter og pårørende, og at rehabiliteringen må være fleksibel og pasientsentrert for å møte pasientenes behov.   |
| Etiske<br>overveielser  | Studien ble godkjent av «the Southern Adelaide Clinical Research Ethics Committee». Deltakerne måtte gi sitt skriftlige samtykke til å delta i studien. Deltakelsen var frivillig og ble anonymisert.   |
| Relevans                | Studien omhandler ikke hverdagsrehabilitering spesifikt, men artikkelen ble inkludert for å belyse hvilke ønsker og behov pasientene har i forbindelse med rehabilitering etter et hjerneslag. Dette vil gi bedre innsyn i hvilken rolle sykepleieren har for å ivareta disse behovene.   |

## ***4.2 Sammenfattet resultat***

### ***4.2.1 Effekter av hverdagsrehabilitering***

Ljungberg, Hanson og Lövgren (2001) sin studie viste at pasientene i intervensjonsgruppen var mer aktive i rehabiliteringen og fikk i større grad delta i planleggingen av rehabiliteringsprogrammet, enn kontrollgruppen. Studien viser økte sosiale funksjoner, økt deltakelse i fritidsaktiviteter og generelt økt livstilfredshet, både hos intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen viste størst forbedringer i utøvelse av dagligdagse gjøremål, mobilitet, evne til å uttrykke seg og evne til oppgaveløsning. De hevder at interesse og motivasjon er nødvendig for å oppnå gode resultater av rehabiliteringen. Videre forteller de at hjemmerehabiliteringsprogrammet ga hjerneslagpasientene mulighet til å ta sine egne avgjørelser og utøve foretrukne aktiviteter med støtte av pårørende og hjerneslagteamet, i kjente omgivelser. Intervensjonsgruppen hadde også en tredjedel kortere innleggelse på sykehus i forhold til kontrollgruppen (Ljungberg, Hanson og Lövgren, 2001).

Nir, Zolotogarsky og Sugarman (2004) sin studie viste bedre resultater hos intervensjonsgruppen enn kontrollgruppen relatert til fysisk funksjonsnivå, selvpålevd helse, selvtillit, og i hvilken grad deltakeren føler at han kan påvirke hendelser og situasjoner i eget liv. I forhold til ADL, hadde gruppene minimale ulikheter ved endt studie. Studien til Chaiyawat og Kulkantrakorn (2012) viste derimot betydelig større forbedringer hos intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen relatert til fysisk funksjon og ADL, samt gode resultater i forhold til mobilitet og egenomsorg. Studien hevder at minst halvparten av alle hjerneslagpasienter vil dra nytte av det hjemmebaserte rehabiliteringsprogrammet. Resultatene viser at nesten alle pasientene viste forbedringer relatert til selvstendighet og livskvalitet uavhengig av hvor alvorlig pasientens svekkelse var, og hvor i rehabiliteringsprosessen de var. Det kommer frem at resultatene er avhengig av personlige egenskaper hos pasienten, som alder, utdanning, sosioøkonomisk status, sykdomshistorie og familiære forhold.

#### *4.2.2 Pasientenes erfaringer og behov ved rehabilitering*

Chen, Xiao og Bellis (2015) belyser fire hovedfunn relatert til pasientenes ønsker og behov i forbindelse med rehabilitering. Studien viste lavt kunnskapsnivå om hjerneslag og rehabilitering hos pasientene og pårørende, og at deres behov for informasjon fra helsepersonell ble ofte nedprioritert i en travel hverdag på avdelingen. De opplevde lite kontinuitet og fragmenterte tjenester, samt dårlig kommunikasjon ved overflytting fra en avdeling til en annen. Pasientene ønsket å i større grad være delaktige i målsetting og planlegging av rehabiliteringen, da de ofte opplevde endringer i mål uten å være delaktige i det.

Resultatene i Nir, Zolotogorsky og Sugarman (2014) sin studie viser at intervensjon gjennom opplæring og informasjon om sykdom og rehabilitering, sørget for at deltakerne fikk større forutsetninger for å kunne takle utfordringer som følge av hjerneslaget. Studien til Ljungberg, Hanson og Lövgren (2001) viser at pasientene som mottok rehabilitering i hjemmet fikk mer informasjon, og var i større grad delaktige i planleggingen av rehabiliteringen. Dette sammenliknet med pasientene i kontrollgruppen som mottok rehabilitering i en rehabiliteringsavdeling.

Studiene til Ljungberg, Hanson og Lövgren (2001) og Chaiyawat og Kulkantrakorn (2012) viste begge gode resultater hos pasientene med involverte og støttende pårørende. Resultatene i sistnevnte studie viser i tillegg betydningen av individbasert rehabilitering og tett oppfølging av pasienten i hjemmet. Mange av pasientene foretrakk rehabilitering i hjemmet for å være i kjente omgivelser i nærheten av sin familie (Chaiyawat og Kulkantrakorn, 2012). Studien til Chen, Xiao og Bellis (2015) vektlegger betydningen av et godt samarbeid mellom sykepleier, pasienten og pårørende, for å oppnå en helhetlig og koordinert rehabiliteringsprosess mot et felles mål. Ljungberg, Hanson og Lövgren (2001) sin studie viser at interesse og motivasjon hos pasienten er viktige kriterier for å fremme et godt resultat av rehabiliteringen. Studien til Ekstam, Tham og Borell (2011) viste at drivkraft, motivasjon, mål og håp for fremtiden, medførte betydelig større progresjon enn passivitet, manglende motivasjon og håp. Studien viser også hvordan ektefellens holdninger til rehabiliteringen, påvirker resultatene.

### 4.2.3 Sykepleiers rolle

Long *et. al.* (2002) identifiserte at sykepleieren har seks sammenflettede roller i et tverrfaglig team. Sykepleierens vurdering av pasientens tilstand, i forhold til blant annet fallrisiko, ernæringskartlegging, sårbehandling og ekskresjon, er essensiell for å sikre pasientens rehabilitering. Videre har sykepleieren hovedansvaret for koordinering av det tverrfaglige teamet, og integrering av pasientens treningsprogram. Dette ved å hjelpe pasienten med, eller tilrettelegge for, trening i et rehabiliterende miljø, og informere teammedlemmene om den aktuelle terapien. Studien hevder videre at sykepleieren er den personen i rehabiliteringsteamet som ser og samhandler mest med pasienten. Videre ble sykepleierens rolle innen emosjonell støtte til pasienten identifisert, som innebærer å hjelpe pasienten å takle den nye hverdagen et funksjonsfall medfører. I denne sammenhengen bidrar også sykepleieren ved å involvere pasientens pårørende og familie i rehabiliteringsprosessen. Den siste sykepleierrollen er innen fysisk og teknisk pleie, som innebærer å ivareta blant annet pasientens medikamentbehandling og personlig hygiene (Long *et. al.*, 2002).

Burke og Doody (2012) har undersøkt sykepleierens oppfatning av eget ansvarsområde i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet, og resultere i tre hovedfunn; omsorgsfull pleie og samarbeid, samt autonomi og empowerment. Sykepleierne sa at de kontinuerlig vurderte både pasientens fysiske, emosjonelle og psykologiske behov, og gjennom dette kunne ivareta disse behovene på en omsorgsfull måte. Dette innebærer å bli kjent med pasienten, tilegne seg kunnskap om vedkommendes ønsker, håp og frykter. Studien hevder videre at kompleksiteten av rehabilitering medfører behovet for en tverrfaglig tilnærming, og at sykepleieren er bindeleddet mellom leger, terapeuter, pleiere, pasienten og pårørende. Dermed sørger sykepleieren for at samarbeidet fungerer for alle parter. Samarbeidet sykepleieren gjør med de pårørende, trekkes frem som særlig viktig i forbindelse med planlegging av utskrivelse fra rehabiliteringsavdelingen. Et annet ansvar sykepleieren har er å sikre pasientens autonomi og integritet i rehabiliteringsprosessen. Sykepleieren bruker pasientens egne ønsker i arbeidet mot selvstendighet, og ved dette er empowerment et viktig hjelpemiddel. Studiens resultater fremhever viktigheten av å involvere pårørende, integrere og gjennomføre rehabiliteringsprogrammer, samt sykepleierens rolle i koordinering av tjenesten (Burke og Doody, 2012).

## 5.0 Diskusjon

Som nevnt innledningsvis undersøker litteraturstudien effekter av hverdagsrehabilitering og pasientenes behov ved rehabilitering, for å danne et helhetlig bilde av sykepleierens rolle ved hverdagsrehabilitering hos hjerneslagpasienter. I punkt 4.2 ble resultatene av de vitenskapelige artiklene sammenfattet under disse tre temaene. For å svare best mulig på problemstillingen, organiseres drøftingen noe annerledes. Drøftingen organiseres ut fra sykepleierens funksjoner og ansvarsområder, med utgangspunkt i bakgrunnsstoffet og de sammenfattende resultatene.

### *5.1 Ressursutnyttelse i møte med fremtidige utfordringer i helsetjenesten*

Spesialisthelsetjenestens tjenester er ifølge Stortingsmelding 47 (2008-2009) mer kostnadskrevende enn tjenester i kommunehelsetjenesten, og dermed kan det være økonomisk gunstig å behandle flest mulig pasienter i kommunehelsetjenesten. Det er lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §3-2 at kommunen skal tilby rehabilitering, men ifølge Stortingsmelding 26 (2014-2015) har rehabilitering lenge vært et svakt ledd i kommunale helse- og omsorgstjenester, og at dette nå bør endres. Det bør rettes fokus mot rehabilitering i alle deler av kommunale helse- og omsorgstjenester. Økt fokus på rehabilitering i kommunehelsetjenesten, herunder hverdagsrehabilitering, kan fremfor rehabilitering i spesialisthelsetjenesten bidra til et mer bærekraftig samfunn. Dette vises i Ljungberg, Hanson og Lövgren (2001), hvor hjemmerehabiliteringsprogrammet medførte en tredjedel færre liggedøgn i spesialisthelsetjenesten. Samtidig kan hverdagsrehabilitering, ifølge Stortingsmelding 26 (2014-2015), øke pasientens mestringsevne og redusere videre behov for kostnadskrevende omsorgstjenester, som igjen reduserer kommunehelsetjenestens ressursbruk. Reduserte kostnader i helsevesenet er ikke hovedmålet med hverdagsrehabilitering, men kan ses på som en positiv bieffekt. Målet er derimot å øke mestring og selvstendighet, og motvirke ytterligere funksjonsfall hos pasienten (St.meld. 26 (2014-1015)).

## ***5.2 Sykepleiers rolle i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet***

### ***5.2.1 Koordinering og kommunikasjon***

Burke og Doody (2012) hevder at rehabilitering er en kompleks prosess som krever en tverrfaglig tilnærming, men som resultatene i studien til Chen, Xiao og Bellis (2015) viser, opplevde pasientene fragmenterte tjenester, dårlig kommunikasjon og lite kontinuitet. Pasientene ytret derfor et ønske om en kontaktperson som fulgte dem gjennom hele behandlings- og rehabiliteringsforløpet, da de mente at dette ville bedre koordinering og kommunikasjon mellom de ulike leddene i forløpet.

Ved hverdagsrehabilitering er sykepleieren, ifølge Hartviksen (2017), den som står pasientene nærmest, og dette ansvaret vil naturlig bli en del av sykepleierens arbeidsoppgaver. Dette vil falle innunder sykepleierens integrerende funksjon, som blant annet pasientenes talsperson (Kirkevold sitert i Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016). Dette innebærer å sikre at pasientene får helhetlige og koordinerte tjenester, som de har krav på jmf §4-1a i helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Sykepleierens integrerende funksjon innebærer også rollen som koordinator mellom involverte yrkesgrupper (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016).

Forskning viser at sykepleieren spiller en viktig rolle i koordineringen av det tverrfaglige teamet rundt pasienten (Long *et al.*, 2002). Ifølge Burke og Doody (2012) oppfatter sykepleierne seg som bindeleddet i det tverrfaglige teamet av leger, terapeuter, pleiere, og pasienten med pårørende, og sørger dermed for at samarbeidet fungerer for alle parter. Det vil blant annet innebære å videreformidle pasientens ønsker, tilstand og eventuelt endring i funksjonsnivå til de andre yrkesgruppene i teamet (Long *et al.* 2002;Hartviksen, 2017). Eksempelvis kan sykepleieren oppdage at pasienten ikke er tilstrekkelig smertelindret ved en treningsøkt. Det er da sykepleierens ansvar å videreformidle denne observasjonen til legen, som må vurdere pasientens smertelindring. Et annet eksempel kan være at sykepleieren oppdager at pasienten ikke er i stand til å utføre treningsøvelsene. Da er det sykepleierens oppgave å formidle dette til eventuelt fysioterapeuten, slik at pasienten kan få andre treningsøvelser, eller til ergoterapeuten, som kan skaffe hjelpemidler som kan hjelpe pasienten å gjennomføre øvelsene.

### *5.2.2 Integrering av pasientens rehabiliteringsprogram*

I tillegg til koordinering av det tverrfaglige rehabiliteringsteamet, har sykepleieren ifølge Long *et al.* (2002) ansvar for integrering av pasientens treningsprogram. Dette innebærer at sykepleieren skal hjelpe pasienten å gjennomføre treningsøvelser som er individuelt tilpasset av fysioterapeut. Videre er det også sykepleierens ansvar å tilrettelegge forholdene slik at pasienten får gjennomført treningsøvelsene sine, eksempelvis som nevnt ved å samarbeide med ergoterapeut angående riktige hjelpemidler. Som en del av tilretteleggingen skal sykepleieren ifølge Long *et al.* (2002) minimere fysiske, emosjonelle og sosiale barrierer som kan virke hemmende i rehabiliteringen. En slik barriere kan eksempelvis være at pasienten føler seg utrygg ved trening, og da vil sykepleierens oppgave være å hjelpe pasienten til å føle seg trygg nok til å forsøke å gjennomføre treningen, gjennom fysisk og emosjonell støtte. Dette drøftes nærmere i litteraturstudiens punkt 5.5.

### *5.2.3 Sykepleiefaglig vurdering*

For både folk flest og sykepleierne selv, er den mest åpenbare sykepleierrollen å bistå pasienten i å få dekket sine grunnleggende behov og følge opp rehabiliteringen i det daglige (Burke og Doody, 2012). Dette faller innunder sykepleierens bevarende funksjon, som også kan kalles for fysisk og teknisk pleie. Dette innebærer blant annet å kontinuerlig vurdere pasientens tilstand i forhold til eksempelvis fallrisiko og personlig hygiene (Long *et al.*, 2002; Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016). Denne kontinuerlige vurderingen er essensiell for pasientens rehabilitering, og ifølge Burke og Doody (2012) er dette oppgaver som sykepleierne selv er bevisste på at de gjør. Kontinuerlig vurdering gir sykepleieren mulighet til å raskt iverksette aktuelle tiltak, og dette innebærer blant annet å vurdere eventuelle medisinske problemstillinger i samråd med lege.

En sykepleier vil alltid stå for fysisk og teknisk pleie av pasienten, men det vil ikke nødvendigvis være den samme sykepleieren som følger opp rehabiliteringen. Dersom hverdagsrehabiliteringen utføres av sykepleiere i hjemmetjenesten, vil de stå for fysisk og teknisk pleie, hvor de hjelper den hjerneslagrammede med de gjøremål vedkommende ikke klarer selvstendig, i tillegg til gjennomføring av rehabiliteringsøvelser. Hvis hverdagsrehabiliteringen utføres av et eget team, vil hverdagsrehabiliteringssykepleieren derimot være lite involvert i fysisk og teknisk pleie av pasienten, da det også i dette tilfellet er



hjemmesykepleiens ansvar (Birkeland og Flovik, s.34).

## ***5.4 Brukersentrert tilnærming ved hverdagsrehabilitering***

### ***5.4.1 Kommunikasjon med pasienten***

Forskning viser betydningen av et godt samarbeid mellom sykepleier, den hjerneslagrammede og pårørende, med fokus på individbasert rehabilitering og tett oppfølging av pasienten.

Dette er nødvendig for å oppnå en helhetlig og koordinert rehabiliteringsprosess, hvor alle involverte parter arbeider mot et felles mål (Chaiyawat og Kulkantrakorn, 2012; Chen, Xiao og Bellis, 2015).

I sin fortolkende funksjon, har sykepleieren ansvar for å hjelpe pasient og pårørende å skaffe seg oversikt over og innsikt i sin livssituasjon, samt å identifisere den hjerneslagrammedes ressurser og begrensninger. Dette henger sammen med sykepleierens integrerende funksjon, som innebærer å hjelpe pasienten å forstå behandlingsprinsippene og viktigheten av kontinuitet i behandlingen (Wergeland, Ryen, og Ødegaard-Olsen, 2016). For å kunne gjøre dette, hevder Bruke og Doody (2012), at sykepleierne bør kommunisere med og bli kjent med pasienten, og tilegne seg kunnskap om vedkommendes ønsker, håp og frykter. Gjennom dette kan sykepleieren sammen med pasienten identifisere aktiviteter som vedkommende ønsker å bli selvstendig i. Dette kan benyttes som mål eller delmål for hverdagsrehabiliteringen. Eksempelvis kan sykepleieren gjennom kommunikasjon oppdage at den hjerneslagrammede er glad i å lage mat til familien sin, og hverdagsrehabiliteringen kan da baseres på dette. Det kan da lages et treningsprogram med balanse- og koordineringsøvelser, for å styrke disse funksjonene. Videre kan sykepleieren planlegge hjemmebesøk for å hjelpe pasienten med å utføre treningsøvelsene samt å være med pasienten å lage middag.

### ***5.4.2 Brukermedvirkning***

Sykepleierens arbeidsoppgaver i rehabiliteringsprosessen er i stor grad styrt av den hjerneslagrammedes behov. Chen, Xiao og Bellis (2015) undersøkte australske pasienters behov og erfaringer med rehabilitering, og fant at pasientene følte seg lite sett. Dette da de blant annet opplevde endringer i rehabiliteringsmål og treningsprogram, uten at de selv fikk medvirke i endringene. Pasientene ytret derfor et ønske om å få medvirke i planlegging og

gjennomføring av rehabiliteringen. Ved hverdagsrehabilitering derimot, ville denne situasjonen sannsynligvis ikke ha oppstått, da hele hverdagsrehabiliteringsprosessen er sentrert rundt pasientens egne mål og ønsker. I tillegg har pasienter i Norge rett på brukermedvirkning jmfør §3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

Brukermedvirkning er sentralt i gjennomføringen av hverdagsrehabilitering, ved at sykepleieren kontinuerlig arbeider for å ivareta pasientens ønsker. Det vises i studien til Burke og Doody (2012), at sykepleiere aktivt søker pasientenes personlige ønsker og mål for rehabiliteringen, og benytter empowerment som et hjelpemiddel.

Ifølge Tveiten (2012) omhandler empowerment å styrke pasientens kontroll over faktorer som påvirker egen helse. Når sykepleieren bruker empowerment som hjelpemiddel, må brukermedvirkning, maktfordeling og anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv sikres. Dette vil si at sykepleieren kontinuerlig søker og imøtekommer pasientens ønsker, og på denne måten endrer den tradisjonelle maktfordelingen i pasient-sykepleierforholdet. Sykepleieren bør anerkjenne at pasienten har størst kunnskaper om seg selv, sine ønsker og sine ressurser, mens pasienten anerkjenner at sykepleieren har størst faglig kompetanse. Når sykepleieren og pasienten kombinerer sine styrker i et likeverdig samarbeid, vil dette fremme et brukersentrert perspektiv og tjenester av god kvalitet (Tveiten, 2012). Når sykepleier inkluderer pasienten i arbeidet med å lage rehabiliteringsprogrammet, vil pasienten oppleve rehabiliteringen som mer forutsigbar, hvilket er viktig for pasienten. På denne måten ivaretas pasientens autonomi, og sykepleieren arbeider med en rehabiliterende holdning ved å gi pasienten mulighet til å selv mestre hverdagslige gjøremål. Dette vil igjen påvirke pasientens motivasjon og mestringsfølelse (Geard, 2002).

Likevel kan brukermedvirkning være utfordrende, da den hjerneslagrammede kan ønske å være passiv i utarbeiding av rehabiliteringen. Dette kan skyldes at vedkommende ikke har nødvendig informasjon og faglig kunnskap om rehabilitering og hjerneslag. Motsatt kan pasienter ønske å medvirke i den grad at de selv vil bestemme over rehabiliteringen. Disse pasientene kan eksempelvis ha svært urealistiske mål og mangelfull innsikt i egen situasjon. Ved begge tilfeller blir det sykepleierens ansvar å informere og undervise pasienten slik at vedkommende får forutsetninger til å kunne ta gode valg angående sin helse (Bondevik, 2002; Tveiten, 2012).

### 5.4.3 Informasjon

Chen, Xiao og Bellis (2015) fant at australske pasienter og pårørende hadde generelt lavt kunnskapsnivå relatert til hjerneslag og rehabilitering. Dette resulterte i et stort behov for informasjon og undervisning fra sykepleierne, som ofte ble nedprioritert i en travel hverdag på rehabiliteringsavdelingen. I Norge derimot, vil en slik nedprioritering bryte med pasientens rett på nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand, jmf §3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Ut ifra hverdagsrehabiliteringens prinsipper, kan det tenkes at den har en mer pasientsentrert tilnærming enn rehabilitering i institusjon. Denne ekstra oppfølgingen kan gjøre det enklere for pasienten å stille spørsmål vedkommende lurer på. Viktigheten av informasjon om sykdommen og rehabiliteringen, belyses i studien til Nir, Zolotogorsky og Sugarman (2014). I denne studien ble det gjennomført en intervensjon som innebar ukentlig oppfølging i hjemmet etter utskrivelse fra sykehus. Resultatene viste at ved oppfølging i hjemmet, mottok pasientene nødvendig informasjon og opplæring for å kunne takle utfordringer som følge av hjerneslaget. I tillegg kunne de få opplæring i nye måter å mestre kjente hverdagsaktiviteter på, eksempelvis ved opplæring i bruk av hjelpemidler.

Når det er sagt, er det nødvendig at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskaper relatert til temaet for å kunne undervise pasienten og pårørende. I studien til Ljungberg, Hanson og Lövgren (2001), fikk involvert helsepersonell spesiell opplæring i hjerneslagbehandling, inkludert den nødvendige kunnskapen de behøvde for å fremme et godt resultat av hjerneslagrehabiliteringen. Resultatene viste ikke betydelige forskjeller hos intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i forhold til dette, men samtidig mottok kontrollgruppen rehabilitering i en rehabiliteringsavdeling. Dette kan tyde på at tilhørende helsepersonell ved rehabiliteringsavdelingen i utgangspunktet hadde mer kompetanse relatert til temaet sammenliknet med personalet i hjemmerehabiliteringen. I tillegg er det viktig at sykepleieren formidler informasjonen på en slik måte at pasienten forstår innholdet av det som blir fortalt. Formidlingen av informasjonen må individuelt tilpasses pasienten, og sykepleier bør forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet og betydningen av gitt informasjon. Dette er lovpålagt jmf §3-5 i pasient- og brukerrettighetsloven, og vil bidra til å bedre kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier, og unngå misforståelser.

Konsekvenser av manglende informasjon og kunnskaper vises i studien til Chen, Xiao, og Bellis (2015). Resultatene hevder at pasientenes manglende kunnskaper og ferdigheter til å gjenoppnå eller opprettholde selvstendighet i ADL-ferdigheter, kan medføre nedsatt evne til

egenomsorg. Ifølge Orem's egenomsorgsteori, vil dette regnes som egenomsorgssvikt da pasienten ikke selv klarer å dekke sine personlige og grunnleggende behov (Biermann, 1996, s.3). Egenomsorgssvikt vil medføre behov for sykepleieintervensjon. Dersom pasienten opplever at hans fysiske funksjon ikke forbedres på grunn av egenomsorgssvikt, kan det medføre lav mestringsfølelse. Lav mestringsfølelse kan påvirke motivasjonen til trening, og dermed gi utslag på rehabiliteringsresultatene (Geard, 2002). Faktorer relatert til pasientens motivasjon drøftes nærmere under litteraturstudiens punkt 5.6.

## ***5.5 Sykepleie ved egenomsorgssvikt***

Som beskrevet i litteraturstudiens punkt 1.2, vil egenomsorgssvikt oppstå dersom det ikke er mulig for pasienten å ivareta sine personlige eller grunnleggende behov. Dette medfører behov for sykepleieintervensjon. Orem, sitert i Bondevik (2002, s.177), beskriver fem hjelpemetoder sykepleieren kan benytte i møte med pasienter. Hjelpemetodene er “å undervise, å tilrettelegge et terapeutisk miljø, å støtte både fysisk og psykisk, å råde og veilede og å ta initiativ og utføre gjøremål for pasienten”. Sykepleieren må vurdere pasientens hjelpebehov, og ut ifra dette velge hvilken hjelpemethode som benyttes. Uavhengig av hvilken hjelpemethode sykepleieren benytter, bør det alltid utføres med en rehabiliterende holdning for å fremme pasientens mestringsfølelse og gode resultater av rehabiliteringen. Med dette kan sykepleieren på sikt hjelpe pasienten å gjenoppnå selvstendighet (Bondevik, 2002; Kirkevold, 2006, s.128).

### ***5.5.1 Fysisk støtte***

Hjerneslagpasienter vil ofte ha behov for fysisk støtte fra sykepleier, da pasienten i varierende grad vil oppleve funksjonsfall som følge av hjerneslaget. Dette kan medføre problemer for pasienten med å gjennomføre aktiviteter for å få dekket sine grunnleggende behov (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016). Ifølge Orem (sitert i Biermann, 1996, s.8), kan pasienten likevel vise kognitiv evne til egenomsorg. Dette belyser hvordan sykepleieren kan ha to roller ved bistand i egenomsorgsaktiviteter, forklart av Bondevik (2002). Dersom den slagrammede har fysisk svekkelse men kognitiv evne til egenomsorg, kan vedkommende be sykepleieren om fysisk støtte til å gjennomføre aktiviteten. På denne måten er pasienten aktiv og tar initiativ til aktiviteten. Dersom pasienten derimot er passiv, vil sykepleierens oppgave

være å ta initiativ, samt råde og veilede. En passiv pasient kan være i stand til å utføre aktiviteten, selv om vedkommende ikke tar initiativ til det. Det kan tenkes at pasienten kan være passiv på grunn av manglende motivasjon, og da vil det være sykepleierens ansvar å forsøke og motivere pasienten (Bondevik, 2002). Dette drøftes nærmere under litteraturstudiens punkt 5.6.

### *5.5.2 Psykisk støtte*

Sykepleierens hjelpemetode ved å undervise og gi psykisk støtte, innebærer å kommunisere og samarbeide med pasienten. Støtte, råd og veiledning er viktig for en person som har gjennomgått en traumatisk hendelse, som et hjerneslag. Hjerneslaget kan for mange medføre en omveltning i hverdagen, og det er derfor nødvendig å ta tak i eventuelle problemstillinger knyttet til kunnskaper og holdninger, før man kan komme ordentlig i gang med rehabiliteringen. I hverdagsrehabilitering vil dette være en sykepleieroppgave, ved å benytte undervisning og psykisk støtte til å informere og veilede pasienten. På denne måten kan pasienten motiveres til endring, og få forutsetninger til å ta velinformerte og riktige valg for sin rehabiliteringsprosess (Bondevik, 2002). Ifølge Fürst og Høverstad (siteret i Hartviksen, 2017, s.34), er informerte og motiverte brukere og pårørende sentrale suksesskriterier for hverdagsrehabilitering.

Psykisk støtte som hjelpemetode kommer også frem i det Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2016) kaller for sykepleierens støttende funksjon. Dette innebærer å skape tillit og trygghet mellom sykepleier og pasienten, ved å støtte, motivere og veilede. Studien til Long *et al.* (2002) fremhever dette som en viktig sykepleierrolle, som innebærer å gi pasienten og pårørende den emosjonelle støtten de har behov for. Samtidig viser studien til Chen, Xiao og Bellis (2015) at pasienter kan ha svært ulike behov i forhold til dette, som påvirker sykepleierens tilnærming. Hos en motivert pasient, med støttende pårørende, trenger ikke nødvendigvis sykepleier å bruke mye tid på å støtte og motivere pasienten. Motsatt kan pasienten totalt mangle motivasjon og evne til å se en lys fremtid etter hjerneslaget. Da vil sykepleieren ha en langt større oppgave med å motivere pasienten og pårørende til trening og endring (Chen, Xiao og Bellis, 2015).

## ***5.6 Motivasjon***

Pasienter som deltar i hverdagsrehabilitering bør, ifølge Rambøll sitert i Hartviksen (2017, s.35), være motivert til rehabilitering og ønske endring i funksjonsnivå. Som sagt tar hverdagsrehabiliteringen utgangspunkt i den enkeltes egne mål, og bygger på pasientens ressurser. For mange dreier det seg om å kunne bo i eget hjem, og mestre hverdagsaktiviteter som å ivareta personlig hygiene, lage mat og opprettholde sosiale relasjoner (St.meld. 26 (2014-2015)). Dette fokuset bidrar til å styrke pasientens motivasjon for egen innsats, og øker sannsynligheten for et vellykket resultat. Dette til tross for at pasienten ikke nødvendigvis er motivert i utgangspunktet (Fürst og Høverstad, sitert i Hartviksen, s.34). Betydningen av pasientens motivasjon belyses blant annet i studien til Ekstam, Tham og Borell (2011). Studien sammenlikner to ektepars tilnærminger til endringer i hverdagen, etter gjennomgått hjerneslag hos den ene ektefellen. Resultatene viser at den ene hjerneslagrammede var motivert, satte seg mål ved rehabiliteringen, og jobbet aktivt for å nå målene. Vedkommende tilpasset seg nye metoder for å mestre hverdagen, og erfarte positive forbedringer i sitt funksjonsnivå. Motsatt manglet den andre hjerneslagrammede motivasjon og håp for fremtiden, og var betydelig mer passiv. Vedkommende opplevde store nederlag og økende funksjonstap. Når det er sagt, er det mange faktorer som påvirker pasientens motivasjon.

### ***5.6.1 Faktorer som påvirker pasientens motivasjon***

Ifølge Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2016), plages mange hjerneslagpasienter av blant annet fatigue og andre tretthetssymptomer, som gjør det vanskeligere å ta initiativ til aktivitet. I tillegg kan pasientens hverdag oppleves for utfordrende, og føre til manglende mestringsevne som igjen påvirker pasientens motivasjon. Her kommer sykepleierens fortolkende og bevarende funksjon inn. Sykepleieren må hjelpe pasienten med å identifisere sine ressurser og begrensninger, samt sette realistiske mål. Det er viktig at pasienten er involvert i målsettingen, for å sikre at sykepleier og pasienten jobber sammen mot et felles mål. I tillegg er det viktig at aktivitetene avpasses etter pasientens mestringsevne, da mestring av aktiviteter øker motivasjonen (Geard, 2002; Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016). Samtidig er det viktig at sykepleier oppmuntrer og roser pasienten når vedkommende mestrer oppgaver. Dette er viktig for å fremme håp og tro på fremtiden, samt at den vanskelige situasjonen kan bedres, da det igjen påvirker pasientens motivasjon og kan bidra til økt mestringsfølelse (Bondevik, 2002; Fürst og Høverstad, sitert i Hartviksen, 2017, s.34).

En annen faktor som kan påvirke pasientens motivasjon, er hvorvidt pårørende er inkluderte og støttende under rehabiliteringsprosessen. Betydningen av dette, kan ses i studien til Ljungberg, Hanson og Lövgren (2001). Resultatene viste positiv effekt hos pasientene der hvor pårørende var aktive under rehabiliteringen. Mangel på støttende pårørende kan påvirke pasientens motivasjon i negativ retning. Samtidig vil pårørendes tilnærming i rehabiliteringen ha mye å si for resultatene, som i den tidligere beskrevne studien til Ekstam, Tham og Borell (2011). Pasienten som opplevde positive resultater hadde en ektefelle som lot vedkommende prøve og feile og lære seg nye mestringsstrategier, selv om det tok lengre tid. Motsatt hadde pasienten som opplevde negative resultater en ektefelle som foretrakk å gjøre oppgavene for pasienten, da det var enklere og tok kortere tid. Det kan tenkes at dette påvirker pasientenes motivasjon og mestringssevne, og de påfølgende resultatene. Dette bryter med hverdagsrehabiliteringens rehabiliteringens holdning med fokus på hverdagsmestring. Det er viktig at alle involverte parter har fokus på å hjelpe pasienten til å mestre egen hverdag, fremfor å gjøre oppgavene pasienten selv har mulighet til å mestre (Hartviksen, 2017). Et tiltak for å hindre denne problemstillingen ble benyttet i studien til Chaiyaway og Kultrantrakorn (2012). Pasientenes pårørende fikk opplæring i metoder for å assistere pasienten i gjøremål, som fremmer pasientens muligheter til å bruke sine funksjonelle evner. Studien påpeker at dette kan ha påvirket resultatene i positiv retning, og at dette kan falle under sykepleiers ansvarsområde, ved å undervise og veilede pårørende.

### ***5.7 Effekter av hverdagsrehabilitering***

Flere av studiene inkludert i denne litteraturstudien viser god effekt av tidlig utskrivelse, oppfølging og rehabilitering i hjemmet etter hjerneslag. Ljungberg, Hansson og Lövgren (2001) viser at hjemmerehabilitering og tett oppfølging i hjemmet gir bedre resultater innen blant annet ADL-ferdigheter, enn standardisert rehabilitering. Dette understøttes av Chayawat og Kultrantrakorn (2012). Nir, Zolotogarsky og Sugarmann (2004) fant derimot at hjemmerehabilitering og standardisert rehabiliteringsopphold medførte lik bedring i ADL-ferdigheter. Likevel viser denne litteraturstudien samlete resultat at rehabilitering i hjemmet har generelt god effekt på ADL-ferdigheter og fysisk funksjon, samt økt selvopplevd helse og selvtillit. Chayawat og Kultrantrakorn (2012) fremhever at resultatene av rehabiliteringen avhenger av pasientens personlige egenskaper, som alder, utdanning, sosioøkonomisk status,

familiære forhold og motivasjon. Dette kan tenkes å være grunnen til at disse tre relativt like studiene viser noe ulike resultater av pasientenes bedring i ADL-ferdigheter.

Studien til Ljungberg, Hanson og Lövgren (2001) viser at pasientene med hjemmerehabilitering mottok mer informasjon, og fikk i større grad medvirke i rehabiliteringsforløpet, sammenliknet med tradisjonell hjerneslagrehabilitering. Årsaken til dette kan være hverdagsrehabiliteringens prinsipper, beskrevet av Harviksen (2017), som fokus på individuell tilpasning og brukermedvirkning, og utgangspunkt i pasientens ressurser og mål. Disse prinsippene kan tenkes å være grunnen til at pasienter som mottar behandling og rehabilitering i hjemmet, ifølge Stortingsmelding 26 (2014-2015) oppnår størst pasienttilfredshet. En annen grunn til at hverdagsrehabilitering medfører stor pasienttilfredshet, kan være at pasientens ønsker om å være i kjente omgivelser og i nærheten av familie, imøtekommes (Chaiyawat og Kulkantrakorn, 2012).

Litteraturstudiets resultater gir gode argumenter til hvorfor det bør satses på hverdagsrehabilitering. Samtidig representerer ikke resultatene alle hjerneslagrammede, da inklusjons- og eksklusjonskriterier avgrenset pasientgruppen som ble inkludert i de enkelte studiene. Det er derfor opp til blant annet sykepleier å foreta en helhetlig vurdering av den hjerneslagrammedes situasjon, for å vurdere om det er faglig forsvarlig for vedkommende å bo hjemme og delta i hverdagsrehabilitering. Denne vurderingen tas på grunnlag av helsepersonellens kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig jamfør §4 i helsepersonelloven (1999), og sykepleier skal henvide pasienten videre der det er nødvendig. I tillegg er det ikke kjent hvor mye ressurser det er brukt i de inkluderte forskningsstudiene, og om dette avviker fra hva det normalt brukes på en rehabiliteringsavdeling eller ved hverdagsrehabilitering i Norge. Dette kan ha påvirket resultatene, og det kan ikke sies sikkert at hverdagsrehabilitering i Norge vil ha nøyaktig samme effekt.

## ***5.8 Kritisk vurdering***

### ***5.8.1 Forskningsetiske overveielser***

Ifølge §10 i helseforskningsloven (2008) skal helsefaglige og medisinske forskningsprosjekter søke regional komite for medisinsk forskningsetikk, for å få en etisk vurdering av planlagt forskning. Helseforskningsloven (2008) gjelder kun forskning i Norge, og da litteraturstudiets inkluderte studier ikke er norske, gjelder ikke denne loven disse. Til tross for dette viser alle



de inkluderte studiene til godkjenning fra etisk komite fra gjeldende land, og det anses å være rutiner for å overholde forskningsetikk. §13 i samme lov forteller at “det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning”. Samtykket skal være frivillig og informert, og skal dokumenteres. De inkluderte artiklene beskriver å ha gitt informasjon relatert til den aktuelle studien, og mottatt skriftlig samtykke fra deltakerne før studiens oppstart.

### *5.8.2 Kritisk vurdering av inkluderte forskningsartikler*

Et av litteraturstudiens inklusjonskriterier, er at de vitenskapelige artiklene skal være relevante og overførbare til norsk helsevesen. De inkluderte artiklene ble nøye gjennomgått og vurdert til å være relevante, til tross for at det er usikkert om helsevesenet i de representative landene samsvarer med helsevesenet i Norge. Dette gjelder eksempelvis Nir, Zolotogorsky og Sargarman (2004) sin israelske studie, og Chaiyawat og Kulkantrakorn (2012) sin thailandske studie, som muligens er de som avviker mest fra det norske helsevesenet. Førstnevnte viser resultater av ekstra støtte og oppfølging av pasienten, uavhengig av helsevesenets struktur. Sistnevnte fokuserer hovedsakelig på rehabiliteringen som gis og effekten den har på pasientene, uten å påpeke betydelige egenskaper ved helsevesenet som kan påvirke resultatene. Til tross for dette kan det være aspekter ved samfunnet eller behandlingen som gis, som påvirker resultatene og medfører avvik i forhold til hva det ville blitt dersom studien foregikk i Norge. Eksempelvis kommer det frem i studien til Chaiyawat og Kulkantrakorn (2012), at resultatene var avhengig av personlige egenskaper hos pasientene, som alder, utdanning, sosioøkonomisk status, sykdomshistorie og familiære forhold. Det påpekes blant annet at en stor del av den thailandske befolkningen har lavere utdanning enn videregående. Generelt sett har Norges befolkning høy utdanning og sosioøkonomisk status, og det kan tenkes at dette er faktorer som utgjør en forskjell i forhold til i Norge.

### *5.8.3 Kritisk vurdering av litteraturstudien*

For å danne et helhetlig bilde av sykepleierens ansvarsområde ved hverdagsrehabilitering, inkluderte litteraturstudien pasienters erfaringer og behov i forbindelse med rehabilitering. Sykepleiefaglig forankring sikres også ved at noen av de vitenskapelige artiklene belyser sykepleiers rolle i det tverrfagelige teamet i rehabilitering av hjerneslagpasienter, og

sykepleieres egen oppfatning av sin rolle. Resultatene relateres til bakgrunnsstoffet, blant annet ved Kirkevolds sykepleiefunksjoner i møte med hjerneslagpasienter og Orems sykepleieteori om egenomsorgssvikt.

Ved vurdering av litteraturstudiets metode i etterkant av artikkelsøkene, kan noen av litteratursøkene kritiseres. Dette da enkelte av søkene ga mange treff, hvilket medførte økt tidsbruk i utvelgelse av relevante artikler. Søkene kunne vært gjort smalere ved bruk av flere eller andre søkeord. Samtidig er det tilsynelatende gjennomført lite forskning på hverdagsrehabilitering som tema, og litteraturstudiets artikkelsøk viste ingen forskning på sykepleiers rolle ved hverdagsrehabilitering. I tillegg finnes det ikke et engelsk begrep som tilsvarer det norske ordet *hverdagsrehabilitering*, og dermed ble litteratursøket gjennomført med liknende søkeord. Dette kan ha medført ekskludering av andre eventuelt mer treffende søkeord. Dette er også grunnen til at det i litteraturstudien benyttes både *hverdagsrehabilitering* og *hjemmerehabilitering*, da flere av de inkluderte artiklene omtalte intervensjonen som hjemmerehabilitering.

I søkeprosessen er det forsøkt å finne artikler med både styrker og svakheter ved hverdagsrehabilitering, men litteraturstudiets søk resulterte i artikler som viste lite svakheter ved rehabilitering i hjemmet. Dette kan ha medført at litteraturstudiets resultater i liten grad vektlegger svakheter ved hjemmerehabilitering. Nevnt bakgrunnsstoff og sykepleieteori kan ha påvirket tolkningen av de vitenskapelige artiklene, relatert til hvilke resultater som ble vektlagt i litteraturstudien. I tillegg kan de inkluderte forskningsartiklenes inkluderings- og ekskluderingskriterier medføre at resultatene ikke er gjeldende for en stor andel av hjerneslagrammede. Til slutt er det verdt å nevne at alle litteraturstudiets inkluderte forskningsartikler er publisert på engelsk, og det kan dermed ha skjedd misforståelser eller mistolkninger av artiklenes innhold i oversettelsen.

Studiene som undersøker effekt av rehabilitering i hjemmet, fant flere resultater knyttet til andre faktorer enn fysisk funksjon og selvopplevd helse. Dette innebærer blant annet forekomst av angst, depresjon og ernæringsproblemer, som ifølge Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2016) er vanlig å se hos hjerneslagrammede. Dette er resultater denne litteraturstudien har valgt å se bort ifra, da litteraturstudien fokuserer på hvordan sykepleieren bør arbeide for å fremme bedring av pasientens fysiske funksjoner og ADL-ferdigheter.

Diskusjonen innledet med å drøfte ressursutnyttelse i møte med fremtidige utfordringer i helsetjenesten, og hvorfor hverdagsrehabilitering bør være et satsningsområde. Dette er ikke direkte relevant til problemstillingen, men ble likevel inkludert for å belyse viktigheten av hverdagsrehabilitering. Dette i håp om å bidra til økt rehabiliterende fokus hos sykepleiere, samt å danne et helhetlig bilde av sykepleierens rolle i hverdagsrehabilitering.

Hverdagsrehabilitering er et relativt nytt begrep, og det er begrenset med tidligere forskning relatert til temaet. Forskningen som derimot finnes, viser gode effekter av hverdagsrehabilitering. Resultatene er i hovedsak kortsiktige, og på bakgrunn av dette, ser litteraturstudiets forfattere det hensiktsmessig å anbefale videre forskning på temaet, for å gi et bredere og mer helhetlig bilde av muligheter ved hverdagsrehabilitering.

## **6.0 Konklusjon**

Ved fremming av gode resultater av hverdagsrehabilitering hos hjerneslagpasienter, kan sykepleierens rolle ses på som todelt; sykepleierens rolle i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet, og sykepleierens rolle ovenfor pasienten.

Rehabilitering av hjerneslagpasienter er en kompleks prosess som krever en tverrfaglig tilnærming. Sykepleieren har ansvar for å koordinere det tverrfaglige rehabiliteringsteamet rundt pasienten, og sørge for at samarbeidet fungerer for alle parter. God kommunikasjon mellom yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet, er avgjørende for et godt samarbeid. Dette bidrar til et helhetlig og koordinert rehabiliteringsforløp, som er vesentlig for å oppnå gode resultater av hverdagsrehabiliteringen. Videre er det også sykepleierens ansvar å integrere pasientens rehabiliteringsprogram, samt kontinuerlig foreta sykepleiefaglige vurderinger av vedkommendes behov.

Gjennom kontinuerlig vurdering av pasientens behov, har sykepleieren oversikt over faktorer som kan påvirke pasientens evne til å utføre egenomsorgsaktiviteter. Ved egenomsorgssvikt, iverksetter sykepleieren tiltak for å hjelpe pasienten å få dekket sine personlige og grunnleggende behov. Sykepleierens tilnærming for å hjelpe pasienten avhenger av hjerneslagets omfang, følgende utfall hos pasienten og påvirkning av funksjonsnivå. Sykepleierens bistand kan variere fra muntlig beskrivelse og veiledning, til å lede bevegelsen. Uavhengig av i hvilken grad hjerneslaget påvirker pasienten, er det viktig at pasienten er aktiv

og deltakende i hverdagsrehabiliteringen for å oppleve bedring. Dette er avgjørende for god kommunikasjon og godt samarbeid mellom pasienten og sykepleieren, i arbeid mot et felles mål.

Kommunikasjon og samarbeid ligger til grunn for brukermedvirkning, som er sentralt for å fremme gode resultater av hverdagsrehabilitering. Ved å sikre brukermedvirkning, gjør sykepleieren pasienten delaktig i utforming og gjennomføring av hverdagsrehabiliteringen. På denne måten sentreres rehabiliteringen rundt pasientens egne mål og ønsker, hvilket kan fremme vedkommendes motivasjon og selvstendighet. Brukermedvirkning forutsetter at pasienten har nødvendig kunnskap til å ta avgjørelser angående egen helse. Ved manglende kunnskaper bør sykepleieren undervise og informere pasienten, slik at vedkommende blir i stand til å ta gode avgjørelser relatert til eget liv og rehabilitering. På denne måten ivaretar sykepleieren pasientens autonomi.

For å fremme gode resultater av hverdagsrehabilitering hos hjerneslagpasienter, bør sykepleieren arbeide for å sørge for god koordinering av det tverrfaglige rehabiliteringsteamet rundt pasienten. I tillegg bør sykepleieren ivareta pasientens autonomi, informasjonsbehov og grunnleggende behov. Gjennom hele prosessen bør sykepleieren motivere pasienten til endring og overholdelse av rehabiliteringsprogrammet. Som en del av dette bør sykepleieren benytte empowerment som et hjelpemiddel, i tillegg til å være tilgjengelig og vise fysisk og psykisk støtte etter pasientens behov. Dersom sykepleieren gjør alt dette med en rehabiliterende holdning, kan sykepleieren fremme gode resultater av hverdagsrehabilitering - som vises gjennom økt selvstendighet hos hjerneslagpasienten.

## 7.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care - a practical guide*. 3. utgave. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Biermann, K. U. (1996) *Dorothea E. Orems egenomsorgsteori*. Oslo: Høgskolen i Oslo.

Birkeland, A. og Flovik, A. M. (2016) *Sykepleie i hjemmet*. 2. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bondevik, M. (2002) Mellom avhengighet og uavhengighet, i Bjørk, I. T., Helseth, S. og Nortvedt, F. (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 113-125.

Brinchmann, B. S., (2016) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 81-96.

Burke, K. G. og Doody, O. (2012) Nurses` perception of their role in rehabilitation of the older person, *Nursing Older People*, volum 24, s. 33-38. Doi: 10.7748/nop2012.03.24.2.33.c8956.

Chaiyawat, P. og Kulkantrakorn, K. (2012) Effectiveness of home rehabilitation program for ischemic stroke upon disability and quality of life: A randomised trial, volume 114, s.866-870. Doi: 10.1016/j.clineuro.2012.01.018.

Chen, L., Xiao, L. D. og Bellis, A. D. (2015) First-time stroke survivors and caregivers` perception of being engaged in rehabilitation, *Journal of Advanced Nursing*, volum 72, s. 73-84. DOI: 10.1111/jan.12819.

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, J. og Dietrichs, E. (2018) Paralyse, *Store Medisinske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/paralyse> (Hentet: 13. mai 2019).

Ekstam, L., Tham, K. og Borell, L. (2011) Couples` approaches to changes in everyday life during the first year after stroke, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, volum 18 s. 49-58). DOI: 10.3109/11038120903578791.

Folkehelseinstituttet (2005) Definisjoner: sosial ulikhet i helse. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/hm/ulikhet/sosial-ulikhet-i-helse/> (Hentet 14. mai 2019).

Forskrift om rehabilitering og habilitering (2011) *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2011-1216-1256> (Hentet: 11. mars 2019).

Geard, A. (2002) En vei videre, i Bjørk, I. T., Helseth, S. og Nortvedt, F. (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 81-94.

Grov, E. K. (2016) Å bli pasient og hjelpetrengende, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 37-55.

Hartviksen, T. (2017) Hverdagsrehabilitering, i Hartviksen, T. og Sjølie, B. M. (red.) *Hverdagsrehabilitering. Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. 1. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, 17-44.

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig

fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 28. mars 2019).

Helsedirektoratet (2010) Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/seksjon?Tittel=rehabilitering-etterhjerneslag-10734> (Hentet 08. mars 2019).

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet: 12. mai 2019).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenestelover m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 1. mai 2019).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 9. mai 2019).

ISSN (2019) *International Standard Serial Number International Centre*. Tilgjengelig fra:

<https://portal.issn.org/> (Hentet: 1. april 2019).

Kirkevold, M. (2006) *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ljungberg, C., Hanson, E. og Lövgren, M. (2001) A home rehabilitation program for stroke patients, *Scandinavian Journal of Caring Science*, volum 15, 44-53. DOI: 10.1046/j.1471-6712.2001.1510044.x.

Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J. og Berry, J. (2002) The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team, *Journal of Advanced Nursing*, volum 37, 70-78. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02059.x.

Mathisen, J. (2016) Hva er sykepleie?, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 119-141.

Nir, Z., Zolotogorsky, Z., Sugarman, H. (2004) Structured Nursing Intervention Versus Routine Rehabilitation After Stroke, *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, volum 83, s. 522-529. DOI: 10.1097/01.PMH.0000130026.12790.20.

Norsk senter for forskningsdata (2019) *Register for publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet 1. april 2019).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet 1. Mai 2019).

Rustøen, T. (2016) Livskvalitet og velvære, i Heggstad, A. K. T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 80-109.

Solerød, H. og Tønnesen, M. (2018) Demografi, *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/demografi> (Hentet: 14. mai 2019).

St.meld 26 (2014-2015) (2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf> (Hentet: 7. mars 2019).

St.meld 47 (2008-2009) (2009) Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 7. mars 2019).

Thidemann, I. J. (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 1. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2012) Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. (red.) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 173-193.

Wergeland, A., Ryen, S. og Ødegaard-Olsen, T. G. (2016) Sykepleie ved hjerneslag, i Stubberud, D-G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 5.Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s.303-328.



