

Kandidatnummer: 10022 og 10048

ADL i rehabilitering etter hjerneslag

Hvordan forstå bruk av ADL i rehabilitering etter hjerneslag med utgangspunkt i CMOP-E?

Bacheloroppgave i Ergoterapi

Veileder: Magne, Trine A

Juni 2022

Kandidatnummer: 10022 og 10048

ADL i rehabilitering etter hjerneslag

Hvordan forstå bruk av ADL i rehabilitering etter hjerneslag med utgangspunkt i CMOP-E?

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Magne, Trine A
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Abstrakt

Hensikt: I 2020 ble 8917 personer i Norge innlagt på forskjellige sykehus grunnet hjerneslag (Fjærtøft et al., 2021). For å kunne komme tilbake til sine hverdagsliv er rehabilitering et viktig tiltak. Hensikten med denne bacheloroppgaven i ergoterapi er å se på hvordan man kan forstå bruk av ADL i rehabilitering etter hjerneslag, med utgangspunkt i CMOP-E.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, som benytter scoping review for metode. Det er benyttet tre ulike databaser for å innhente relevant litteratur, herunder Oria, Amed og Pubmed. Analyse av utvalgte artikler baserer seg på systematisk tekstkondensering.

Resultat: Ti artikler omhandlende rehabilitering ved hjerneslag ble benyttet i resultatkapitlet. Resultatene er fordelt inn i kategoriene person, meningsfulle aktiviteter og omgivelser. Resultatene viser til bruk av ADL i rehabilitering med utgangspunkt i det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. ADL i rehabilitering etter hjerneslag blir brukt for å øke selvstendighet. Dette gjøres ved å bedre tilfredshet med aktivitetsutførelse og sikre klientsentrering.

Oppsummering: Bruk av ADL i rehabilitering etter hjerneslag med utgangspunkt i CMOP-E, blir brukt for å fremme personen sin aktivitetsutførelse i aktiviteter og omgivelser. ADL blir også brukt for å sikre klientsentrert praksis, som bidrar til økt motivasjon og mestring i meningsfulle aktiviteter. En persons ADL, er forskjellig fra person til person.

Nøkkelord: hjerneslag, rehabilitering, ADL, klientsentrert praksis, CMOP-E.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Forankring.....	1
1.2 Problemstilling.....	3
1.3 Oppgavens struktur.....	3
2.0 Teoretisk forankring	3
2.1 CMOP-E.....	4
2.1.1 Aktivitetsutførelse	5
2.1.2 Klientsentrert praksis	6
3.0 Metode	6
3.1 Beskrivelse av metode	6
3.2 Litteratursøk.....	7
3.3 Utvalgte artikler.....	9
3.4 Analyse av utvalgte artikler	9
3.5 Reliabilitet og validitet.....	10
4.0 Resultat	10
4.1 Person (fysisk, kognitiv, affektiv, spiritualitet).....	15
4.2 Meningsfulle aktiviteter (produktivitet, egenomsorg og fritid)	16
4.3 Omgivelser (fysiske, institusjonelle, kulturelle og sosiale)	18
5.0 Diskusjon	19
5.1 Resultatrefleksjon.....	19
5.1.1 Person.....	20
5.1.2 Aktivitet.....	21
5.1.3 Omgivelser	24
5.2 Metoderefleksjon	27
6.0 Oppsummering	28
7.0 Referanseliste	30
8.0 Vedlegg	34

1.0 Innledning

1.1 Forankring

I 2020 ble 8917 personer i Norge innlagt på forskjellige sykehus grunnet hjerneslag (Fjærtøft et al., 2021, s. 3). Hjerneslag skyldes i de aller fleste tilfeller en blodpropp i hjernen, som vil si at en blodåre i hjernen tettes igjen. Bare 10-15 prosent av tilfellene skyldes en blødning i hjernen (Helsenorge, 2020). Etter et hjerneslag kan man ha behov for rehabilitering. Ifølge Forskrift om rehabilitering og habilitering (2011, §5) skal kommunen sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for rehabilitering.

I et samfunnsmessig perspektiv kan man se at dette påvirker samfunnet på flere måter. Hjerneslag er estimert til å koste samfunnet sju til åtte milliarder per år (Fjærtøft & Indredavik, 2007, s. 744). Det kan tenkes at denne summen vil øke, med tanke på at andel eldre i befolkningen vil øke de neste ti årene (Regjeringen, 2021). Med en økende andel eldre i befolkningen kan det forventes et økende antall tilfeller av hjerneslag, fordi eldre er statistisk mest utsatt for å rammes av hjerneslag (Helsenorge, 2020). Det er derfor aktuelt å se på behandlings- og oppfølgingstiltak ved hjerneslag, for å sikre effektiv og god pasient-intervensjon (Skau, u.å).

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt prosess hvor formålet er oppnåelse av et selvstendig og meningsfullt liv for pasienten. Rehabilitering skal basere seg på pasientens livssituasjon og vil dermed være forskjellig fra pasient til pasient; avhengig av individuelle problemer og behov (Møller & Petersen, 2012, s. 23-24). Uavhengig av person deles en rehabiliteringsfase inn i fire elementer; vurdering av behov, målsetting for intervensjon, intervensjon og evaluering av måloppnåelse, for å se om pasienten har nye rehabiliteringsbehov (Østergaard et al., 2019, s. 289). Rehabiliteringsfasen regnes å vare fra man rammes av hjerneslaget, frem til seks måneder etter slaget. Utfall som er til stede etter seks måneder betegnes som en varig funksjonsnedsettelse, med unntakstilfeller (Indredavik, 2004, s. 129). Hvor rehabiliteringen foregår varierer og avhenger av pasientens behov; for eksempel på rehabiliteringssenter, sykehus eller i hjemmet (Skar & Bjerke, 2021). I en

rehabiliteringsfase er det viktig med tverrfaglig samarbeid for å lykkes med behandlingen. Dette er viktig for å oppnå en felles forståelse om pasientens forutsetninger og behov (Fog, 2012, s. 27).

Etter et hjerneslag kan man få signifikante komplikasjoner som nedsatt motoriske og kognitive ferdigheter. Hvilke komplikasjoner man opplever etter et hjerneslag avhenger av flere faktorer, som blant annet hvilken hemisfære som rammes (Løvhøiden & Welhave, 2015). Komplikasjoner etter et hjerneslag kan resultere i behov for rehabilitering, hvor ADL (Activities of Daily Living) trening spiller en viktig rolle for effekten av behandlingen. Begrensede ADL-ferdigheter kan innebære individuelle byrder som depresjon, tap av sosial kontakt og verdsatte roller (Taule et al, 2015, s. 355).

I Aagaard & Langdal (2019, s. 118) beskriver de ADL som de basale aktiviteter til opprettholdelse av liv og velvære (PADL- Personal activities of daily living), og aktiviteter som muliggjør for selvstendig liv i hjemmet og i samfunnet (IADL- Instrumental activities of daily living). PADL er personlige aktiviteter som påkledning, hygiene og spising, mens IADL er instrumentelle aktiviteter som matlaging og bruk av transportmidler (Aagaard & Langdal, 2019, s. 118).

Temaet for denne bacheloroppgaven i ergoterapi, omhandler hverdagsaktiviteter ved slagrehabilitering. I Norsk ergoterapiforbund (2017, s. 5) beskrives ergoterapeuter som eksperter på meningsfull aktivitet og deltagelse i hverdagslivet; med en kjernekompetanse om hvordan samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser bidrar til deltakelse og inkludering. Ergoterapeuter kan ha en sentral rolle i vurdering og opptrening av personers evne til å utføre daglige aktiviteter (Østergaard et al., 2019, s. 299). Ut ifra de yrkesetiske retningslinjene skal ergoterapeuter ta utgangspunkt i pasientens ønsker, interesser og behov (Norsk ergoterapiforbund, 2018, s. 2). Dette er i tråd med Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, §4), som omhandler den enkelte pasientens rett til medvirkning i eget rehabiliteringsforløp.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen beskriver de sentrale spørsmålene som skal utforskes, som danner grunnlaget for den røde tråden gjennom oppgaven (Andersen & Schwenke, 2020, s. 35). I formuleringsprosessen av problemstillingen ble verktøyet PICO fra Helsebiblioteket (2016) anvendt, som vil bli beskrevet ytterligere i metodekapittelet. Problemstillingen ble finjustert underveis, hvor erfaringer fra arbeid, praksis og beskrevet samfunnsaktualitet ledet til problemstillingen:

Hvordan forstå bruk av ADL i rehabilitering etter hjerneslag med utgangspunkt i CMOP-E?

Problemstillingen er avgrenset til voksne og eldre, fra 18 år og oppover som er rammet av hjerneslag. Denne avgrensningen er gjort grunnet beskrevet samfunnsaktualitet om en økende andel eldre i befolkningen. Avgrensningen kan ses aktuell da det er svært sjeldent at barn rammes av hjerneslag (Helsenorge, 2020). I problemstillingen er det valgt å se på all ADL, derfor er ikke problemstillingen avgrenset til enten PADL eller IADL.

1.3 Oppgavens struktur

Innledningsvis ble samfunnsaktualitet og bakgrunn for valg av tema og problemstilling presentert. Videre presenteres aktivitetsperspektivet som teoretisk forankring. Deretter vil brukt metode presenteres; hvor bruk av kilder analyseres konstruktivt. I resultatkapittelet beskrives funn fra utvalgte artikler, som igjen gir grunnlag til videre diskusjon og avslutning.

2.0 Teoretisk forankring

Teori er sentralt å benytte for å forstå funn som videre vil bli presentert. Teori beskrives som et veldefinert sett av antagelser som kan benyttes for å reflektere rundt et fenomen; her beskrives for eksempel modell som en forenklet fremstilling av teori (Malterud, 2017, s. 17). CMOP-E (Canadian Model of Performance and Engagement) er valgt som teoretisk forankring for å se på sammenhengen mellom voksne og eldre med hjerneslag, meningsfulle aktiviteter og deres omgivelser. Det vil spesielt legges vekt på aktivitetsutførelse og klientsentrert praksis.

2.1 CMOP-E

Det teoretiske grunnlaget for CMOP-E ble utarbeidet gjennom teoretisk og empirisk forskning mellom 1983 og 2005 (Kielsgaard et al., 2019, s. 133). I CMOP-E antas det som et menneskelig behov å engasjere seg i meningsfulle aktiviteter. Det enkelte mennesket ses på som unikt med selvbestemmelse og rett til å fatte avgjørelser om eget liv. Mennesket opptrer i meningsfulle aktiviteter i sine omgivelser; her ses mennesket, aktivitetene og omgivelsene i et dynamisk forhold som påvirker hverandre. I menneskets omgivelser ser CMOP-E på de fysiske, kulturelle, institusjonelle og sosiale forholdene som har innvirkning på menneskets betydningsfulle aktiviteter innen egenomsorg, produktivitet og fritid, som også påvirker menneskets fysiske, affektive og kognitive forhold (Kielsgaard et al., 2019, s. 133).

Begrepsmodellen CMOP-E presenterer begrepene person, meningsfulle aktiviteter og omgivelser. I begrepet person legger de vekt på at mennesket må ses i sammenheng med alle sine bestanddeler, som her deles inn i menneskets spiritualitet, affektive, fysiske og kognitive komponenter (Law et al., 2002, s. 44). Personens spiritualitet utgjør selvet, som står for menneskets kilde til motivasjon, vilje og selvbestemmelse. Personens affektive komponenter beskriver følelsene og de fysiske komponentene i person representerer motoriske, sensoriske og sensomotoriske funksjoner. De kognitive bestanddelene beskrives som alle de mentale funksjonene iboende i personen, som for eksempel hukommelse, forståelse og konsentrasjon. Alle delene i personen blir i modellen sett på som komponenter som spiller inn på aktivitetsutførelsen (Law et al., 2002, s. 46).

Gjennom CMOP-E forstås aktivitet som alt man gjør av handlinger og oppgaver i hverdagslivet (Aagaard & Langdal, 2019, s. 115). Aktiviteter beskrives som meningsfulle når de oppnår et mål eller formål av personlig eller kulturell betydelighet (Aagaard & Langdal, 2019, s. 117). Mening blir gitt ut ifra den enkelte persons indre; spiritualitet, som vil si at en aktivitet som er meningsfull for en person, ikke trenger å oppleves som meningsfullt for en annen.

Aktivitet deles inn i fritid, egenomsorg og produktivitet, som spiller inn på aktivitetsutførelsen. Fritid inneholder alle aktiviteter av trivsel, som for eksempel utendørsaktiviteter, hobbyer og sosialt lag (Law et al., 2002, s. 39). Egenomsorg er aktiviteter man gjør for å kunne klare seg selv, for eksempel påkledning og personlig hygiene. Produktivitet omfatter blant annet utdanning, lønnet eller ulønnet arbeid og husarbeid (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012, s. 11). Det er viktig å påpeke at de ulike delene ikke nødvendigvis bør ses uavhengige av hverandre, de kan i flere tilfeller påvirke hverandre. De ulike delene bør derfor ses i sammenheng da de beskrives å ha et dynamisk forhold, som spiller inn på aktivitetsutførelse (Kielsgaard et al., 2019, s. 133).

I Law et al. (2002, s. 46) beskrives omgivelser som kontekster og situasjoner, som eksisterer utenfor personen. Omgivelser deles her opp i sosiale, kulturelle, institusjonelle og fysiske komponenter. Disse kontekstene og situasjonene spiller inn på aktivitetsutførelsen og hverandre. Sosiale situasjoner ses på som de sosiale grupper og mønstre for hvordan sosial interaksjon er organisert i samfunnet; rundt personen. Kulturelle kontekster rundt personen inneholder det etniske, rasemessige og rutinemessige som er bestemt av etiske systemer i ulike grupper (Law et al., 2002, s. 48). Institusjonelle kontekster forklares som samfunnstjenester, lover, rettigheter og forskrifter (Kjeken & Sand- Svartrud, 2012, s. 11). Fysiske situasjoner i personens omgivelser er for eksempel bygninger, veier og transportmiddel (Law et al., 2002, s. 48). De fysiske aspektene i personens omgivelser kan beskrives som konstruksjonene som befinner seg rundt personen.

CMOP-E fremstiller et perspektiv med fokus på meningsfulle aktiviteter, eller mer spesifikt på aktivitetsutførelse (Kielsgaard et al., 2019, s. 133). Klientdeltakelse utgjør også et viktig perspektiv i CMOP-E modellen; da respekt og likeverd blir fremstilt som et sentralt menneskesyn som bidrar til klientens involvering og aktiv deltakelse i eget liv (Kielsgaard et al., 2019, s. 135).

2.1.1 Aktivitetsutførelse

Aktivitet utførelse er et perspektiv i den kanadiske modellen, som ses på som et resultat av samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. I Law et al. (2002, s. 48) beskrives *“aktivitet utførelse som evnen til å velge og på tilfredsstillende vis utøve meningsfulle aktiviteter, der er kulturelt definert og passende i relasjon til å klare seg selv, nyte tilværelsen og bidra til samfunnets sosiale og økonomiske struktur”*. Alt man gjør kan ses ut ifra aktivitet utførelse, og hvordan ulike faktorer som ting ved oss selv; person, ulike aktiviteter; meningsfulle aktiviteter, og omgivelsene; det rundt personen påvirker hverandre og må ses på som kongruente faktorer hvilket bidrar til gunstig aktivitet utførelse.

2.1.2 Klientsentrert praksis

Klientsentrert praksis beskrives i ergoterapifaget som samarbeidsorienterte arbeidsmetoder, som har formål om å fremme pasienters aktivitet ved å inkludere pasienten i beslutninger i samarbeidet (Law et al., 2002, s. 52). Pasientens syn på virkeligheten og deres ønske for fremtiden skal bli respektert (Aagaard & Langdal, s.124). Det som legges i CMOP-E sitt klientsentrerte perspektiv er at de ser på pasienten/klienten som spesialist i eget liv, med rett til selvbestemmelse.

3.0 Metode

I dette kapitlet vil metode og fremgangsmåten for innhenting av forskningslitteratur beskrives. Kapitlet deles inn i beskrivelse av metode, litteratursøk, beskrivelse og analyse av utvalgte artikler, samt beskrivelse av kildenes reliabilitet og validitet. Hensikten med innhenting av forskningslitteratur var å finne aktuell litteratur, som bidrar til å besvare problemstillingen.

3.1 Beskrivelse av metode

Metoden benyttet i denne bacheloroppgaven er litteraturstudie med en kvalitativ tilnærming. I følge Malterud (2007, s. 20) er kvalitativ tilnærming en forskningsstrategi for analyse, fortolkning og beskrivelse av karakteristika og egenskaper ved tema for forskning. Denne tilnærmingen er hensiktsmessig å benytte når man ser på menneskelige egenskaper som erfaringer og motiver, for å få et dynamisk perspektiv på helhet, bevegelse og utvikling.

Denne oppgaven er en litteraturstudie, som vil si at det er blitt benyttet andres forskningslitteratur til analyse, for å beskrive vår tolkning av funn. Dalland (2012, s. 52) beskriver kvalitative tilnæringer med fokus på meninger og opplevelser, ikke tall og målbare enheter. Dette ses i diskusjonsdelen hvor funn beskrives kvalitativt, selv om kildene til funn er både kvalitative og kvantitative.

Bacheloroppgaven benytter metoden scoping review, som brukes for å oppsummere empiri fra litteratursøk. Arksey & O'malley (2005, s. 21) beskriver scoping review som en metode for kartlegging av utvalgte data og forskingsmetode på tema. Metoden kan gi mulighet for identifisering av forskningshull, gi en oppsummering av tilgjengelig empiri, samt hjelpe i avgjørelsen om det er verdi i en fullstendig systematisk vurdering av tilgjengelig empiri.

I anvendelsen av scoping review ble det fulgt metodens fem steg som er å identifisere forskningsspørsmålet, identifisere relevant litteratur, litteraturutvalg, kartlegge data og oppsummere resultat (Mckinstry et al., 2014, s. 59). Trinnene for metoden er presentert videre nedenfor.

3.2 Litteratursøk

Arbeidet med litteratursøket startet med å finne aktuelle søkeord for problemstillingen. Systematisering av søkeordene ble gjennomført ved hjelp av PICO (Problem, Interest and Context), som omhandler målgruppe, intervensjon og kontekst, som vist i tabell 1. PICO med liten o er egnet for å besvare kvalitativ forskning, mens PICO (Problem, Interest, Comparison and Outcome) med stor o er egnet til å besvare spørsmål i kvantitativ forskning. PICO er et verktøy som brukes for å tydeliggjøre og dele opp problemstillingen til relevante søkeord (Helsebiblioteket, 2016).

Tabell 1: Søkeord

Population/Problem	(Phenomenon of) Interest	Context
Slagpasienter	Hverdagsaktiviteter	Rehabilitering

Stroke	ADL	Everyday rehabilitation
Humans	Activity of daily living	Stroke rehabilitation
	Motor skills	Training
	Everyday	Acute rehabilitation

Litteratursøket ble gjennomført i tre ulike databaser, Oria, Amed og PubMed. De ulike databasene er valgt basert på hvilken litteratur de inneholder. Oria inneholder litteratur innenfor alle fagområder, AMED er begrenset til litteratur innenfor fysioterapi og ergoterapi, mens PubMed inneholder litteratur innenfor medisin og helsevitenskap (NTNU, u.å). I datainnsamlingen ble det brukt ulike søkeord som har blitt kombinert med hverandre i form av “and” som bindeord. Søkeordene ble brukt sammen i ulike kombinasjoner i de forskjellige databasene. Enkelte søkeord har blitt brukt sammen med trunkering, eller alene i “hermetegn”. Trunkering ble brukt for å søke på stammen av ordet, slik at ulike varianter av ordet ble medregnet. Hermetegn ble brukt for å avgrense, som for eksempel “activities of daily living”. For utfyllende informasjon om søk og treff se søkelogg i Vedlegg 1.

Det neste steget i prosessen var å sette inklusjons- og eksklusjonskriterier for litteratursøket. Det ble valgt å ekskludere review artikler i de databasene det var mulig, for å unngå sekundærkilder. I tillegg ble enkelte søk avgrenset fra perioden 2012-2022, for å få tilgang til den nyeste kunnskapen. Inklusjonskriterier til utvelgelse av innholdet i artiklene ble satt til ADL og slagrehabilitering. Artikler som fokuserte på deltakere fra 18 år og oppover ble inkludert.

CMOP-E ble implementert i problemstillingen i etterkant av litteratursøket da det viste seg å utgjøre en betydelig del av oppgaven. CMOP-E ble ikke brukt som et søkeord, da fokuset i problemstillingen omhandler ADL. Det ble derfor tatt en avgjørelse om å ikke gjennomføre et nytt søk, men å heller belyse problemstilling med utgangspunkt i CMOP-E.

De ulike søkene i databasene ga forskjellige treff, hvor det største treffet var på 556 og det minste var 13 treff; alle overskrifter ble lest. Etter seleksjon, basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene, ble sammendraget til artiklene med aktuelle overskrifter lest. Deretter ble de vurdert ytterligere for å vurdere nytten av å lese hele artikkelen.

3.3 Utvalgte artikler

Til sammen ble 24 artikler lest som helhet, hvor 10 ble utvalgt som aktuelle. To av artiklene ble funnet på to ulike søk, dette beskrives i Vedlegg 1. Review artikler ble i hovedsak ekskludert, men det dukket opp en review artikkel som ble valgt å inkludere, fordi den er fra et fagfellevurdert tidsskrift. Utvalgte artikler ble plassert i en tabell for å skape en helhetlig oversikt av artiklenes innhold. Tabellen er strukturert etter forfatter, år, tittel, hensikt/problemstilling, metode, utvalg/datainnsamling og resultater/diskusjon. Tabellen blir presentert under kapittel 4.4. Resultat.

3.4 Analyse av utvalgte artikler

Analysemetoden benyttet i analyseprosessen av utvalgte artikler, er basert på systematisk tekstkondensering. Malterud (2017, s. 97) beskriver metoden som tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. I analyse av utvalgte artikler ble analysemetodens fire tinn benyttet; hvor det først ble etablert et helhetsinntrykk av artiklene, identifisert meningsbærende komponenter, kondensert de meningsbærende komponentene til et kondensat og til slutt sammenfattet betydningen til beskrivelser, begreper og resultater. Kondensatet er det som bærer med seg innholdet (Malterud, 2017, s. 97-107).

Helhetsinntrykket av de valgte artiklene ble funnet ved å lese artiklenes problemstilling og resultat, for å oppnå en viss forståelse av hva artiklene tematiserer. De meningsbærende komponentene ble funnet ved å gjennomgå artiklene setning for setning, for å se på hva som tematiseres og lage korte sammendrag på relevante opplysninger. Videre ble sammendragene sortert etter tema og innhold, dette ble gjort for å lage et kondensat av artiklenes meningsbærende komponenter, som gir en oversikt over det konkrete innholdet i sammendragene (Malterud, 2017, s. 99-110). I slutfasen av den systematiske tekstkondenseringen av artiklene ble kondensatet gjort om til vår beskrivelse og forståelse

av resultater og begreper, samt at artiklene ble vurdert i forhold til validitet og reliabilitet. I

4.0 Resultat vil funn fra analysen beskrives.

3.5 Reliabilitet og validitet

Ifølge Dalland (2017) kan forskningens reliabilitet og validitet anses som et kriterium for kvalitet. Reliabilitet står for pålitelighet, mens validitet står for relevans og gyldighet. I flere av artiklene ble dette vurdert ved at egen pålitelighet og eventuelle unøyaktigheter de har møtt i prosessen ble presentert. Slik ærlighet om feilmarginer bygger ifølge Dalland (2017, s. 40-60) opp under studienes reliabilitet.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil funnene fra litteratursøket presenteres. De utvalgte artiklene er presentert i en oversiktstabell (Tabell 2). Resultatene er valgt å oppsummeres ved hjelp av begrepsmodellen CMOP-E og deles derfor inn i kategoriene; person, meningsfulle aktiviteter og omgivelser med underkategorier. Dette for å se problemstillingen til presentert teori knyttet opp mot resultat. Funn som er trukket frem vil videre bli benyttet i diskusjonsdel for å besvare problemstilling.

Tabell 2; Utvalgte artikler

Forfatter (Årstall) og tittel	Hensikt/ Problemstilling	Metode	Utvalg/ datainnsamling	Resultat/ diskusjon
Chippala, P. & Sharma, R., (2015). Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: a single-blind randomized controlled trail.	Effekten av veldig tidlig mobilisering på funksjonsnivå etter akutt-slag.	Kvantitativ metode.	Slagpasienter. 30-80 år. Innsamling: innleggelse, utskrivelse og tre måneder oppfølging.	Forbedret funksjonsnivå. Tidlig mobilisering forbedret.
Christie, L., Bedford, R. & McCluskey., A., (2011). Task-specific practice of dressing tasks in a hospital setting improved dressing performance post-stroke; A feasibility study.	Undersøke gjennomførbarhet og resultat av gruppebasert gjenopptrening etter slag.	Kvantitativ studie.	Gruppebasert studie; to treninger + ergoterapi. 2007 - 2009. 119 innlagte	Forbedret utførelse: påkledning på overkropp, over- og underkropp påkledning. Terapi: PADL-oppgaver forbedrer ytelsen i påkledning. Ergoterapeuter inn i oppgavespesifikk trening.

<p>Eriksson, G. & Tham, K., (2010). The Meaning of Occupational Gaps in Everyday Life in the First Year After Stroke.</p>	<p>Hvordan aktivitets gap ble sortert i folks opplevelse av å utføre daglige aktiviteter, det første året etter hjerneslag.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p>	<p>Fire deltakere; rekruttert sammen med 12 andre individer.</p>	<p>Opplvde hull i ønskede og tidligere tatt for gitte aktiviteter; beskrev vansker med aktivitetsutførelse. Kjente aktiviteter i kjente omgivelser kan hjelpe individer med hukommelse.</p>
<p>Ghaffari, A., Rostami, H.R. & Akbarfahimi, M., (2021). Predictors of Instrumental Activities of Daily Living Performance in Patients with Stroke.</p>	<p>Determinere faktorer som predikerer IADL utførelse hos slagpasienter.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>90 pasienter med slag fra fem ergoterapi sentre.</p>	<p>Alder, PADL utførelse var relatert som betydelige prediktorer for IADL utførelse. IADL og PADL er viktig for selvstendige liv, men IADL er mer krevende.</p>
<p>Guidetti, S., Ranner, M., Tham, K., Andersson, M., Ytterberg, C. & von Koch, L., (2015). A "Client-centred activities of daily living" intervention for persons with</p>	<p>Har klientsentrert ADL intervensjon større effekt på deltakelse enn vanlig ADL intervensjon.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p>	<p>16 rehabiliteringsenheter. Klientsentrert ADL eller vanlig ADL</p>	<p>Ingen betydelig endring i opplevd deltakelse, uavhengighet eller livstilfredshet. Klientsentrert ADL hadde en positiv effekt på deltakernes opplevelse.</p>

stroke: one-year follow-up of a randomized controlled trial.			intervensjon. 280 deltakere.	
Kristensen, H.K., Persson, D., Nygren, C., Boll, M. & Matzen, P., (2011). Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation.	Vitenskapelig forskning innen ergoterapeutisk intervensjon rundt ADL og klientsentrert praksis innen slagrehabilitering.	Kvalitativ studie.	17 artikler om klientsentrert tilnærming og 22 om hverdagsliv i hjerneslag rehabilitering.	Klientsentrert tilnærming, huske mål, involvering, håndtere ADL etter rehabilitering. Ergoterapi: bedring i ADL og deltakelse.
Landi, F., Cesari, M., Onder, G., Tafani, A., Zamboni, V. & Cocchi, A., (2006) Effects of an occupational therapy program on functional outcomes in older stroke patients.	Evaluerer effekten av ergoterapi intervensjon for pasienter med nylig slag.	Kvantitativ studie.	Hjerneinfarkt; to post-akutte enheter. En gruppe med ergoterapi og en uten i åtte uker.	ADL score bedre med ergoterapi; selvstendighet i ADL.
Mehdizadeh, M., Mehraban, A.H. & Zahedyannasab, R., (2017). The Effect of Group-Based Occupational Therapy on Performance and Satisfaction of Stroke Survivors:	Effekt av gruppebasert ergoterapi for forbedret ytelse i ADL og tilfredshet ved ytelse hos hjerneslag	Kvantitativ studie. Pilot studie.	Utførelse ADL: Barthel-indeksen (BI), Modifisert Rankin-Scale (MRS) og COPM.	Forbedring i ADL utførelse vurdert ved BI. Betydningsfulle endringer i ytelse og tilfredshet i COPM. Ergoterapi anses som viktig i rehabilitering etter hjerneslag.

Pilot trail, Neuro-Occupational View.	pasienter.			
Ranner, M., Guidetti, S., Koch, L.v. & Tham, K., (2018). Experiences of participating in a client-centred ADL intervention after stroke.	Pasienters perspektiv på hva som karakteriserer den levde opplevelsen og meningen av deltakelse i en klientsentrert ADL (CADL) etter slag.	Kvalitativ studie.	10 personer med slag mottok intervensjon. Datainnsamling: to intervju.	Gjennomsiktighet viktig for deltakelse i intervensjonen. Medvirkning i egen rehabiliteringsprosess. Opplevelse av struktur i medbestemmelse.
Schiavi, M., Costi, S., Pellegrini, M., Formisano, D., Borghi, S. & Fugazzaro, S., (2018) Occupational therapy for complex inpatients with stroke: identification of occupational needs in post-acute rehabilitation setting.	Identifisere egenskaper og aktivitetsbehov hos innlagte pasienter under rehabilitering etter slag, med fokus på funksjon og evne.	Kvalitativ studie.	16 innlagte pasienter hjerneslag.	Aktivitetene rapportert betydningsfulle; egenomsorg. Rehabiliteringsprosessen; prioritere egenomsorg.

4.1 Person (fysisk, kognitiv, affektiv, spiritualitet)

Videre vil funn presenteres fra valgte artikler som er knyttet til de ulike aspektene innenfor begrepet person presentert i CMOP-E. Spiritualitet vil ikke bli presentert som en egen underoverskrift, da funnene som omhandlet spiritualitet viste seg fremtredende ved flere aspekter i person.

Fysisk

Resultat fra utvalgte artikler viser til at det å utføre ADL aktiviteter krever mer energi, planlegging, tid, refleksjon og oppmerksomhet enn før slaget (Eriksson & Tham, 2010, s. 187; Ranner et al., 2019, s. 3029). I Ranner et al. (2019, s. 3029) fant de ut at deltakerne uttrykket en endret kroppslig følelse, samt at de ble nødt til å finne nye måter å utføre aktiviteter på, da de ikke lengre kunne gjennomføre aktivitetene slik som før hjerneslaget.

Ifølge Ghaffari et al. (2021, s. 1-7) påvirker PADL evnen til å utføre IADL. PADL krever sansemotoriske, kognitive og psykososiale evner som forutsettes for å lykkes med IADL. I artikkelen kommer de frem til at det bør være spesielt fokus på å forbedre PADL i rehabiliteringsprosessen, som er en forutsetning for fremtidig uavhengighet i hjemmet og i samfunnsdeltakelse.

I akutfasen viste ADL trening i rehabiliteringsprosessen i form av blant annet mobilisering i seng, ståtrening og reise seg opp fra seng god progresjon av tilbakeføring av ferdigheter etter hjerneslag (Chippala & Sharma, 2015, s. 670-672).

Kognitiv

Hjerneslag hadde en noe nedsettende virkning på kognitive funksjoner hos deltakerne i Landi et al. (2006, s. 87). Flere studier viste også til at kognitiv funksjon hadde en signifikant betydning for forutsatt ADL utførelse etter hjerneslag (Ghaffari et al., 2021, s. 3). Kristensen et al. (2011, s. 16) fant bevis som ga støtte til en klientsentrert tilnærming til ADL, som innebar utfall knyttet til bedre evne til å huske mål gitt i rehabiliteringen.

Affektiv

Flere artikler presenterer resultater relatert til egen tilfredshet med ADL evne etter rehabilitering. Etter rehabilitering var tilfredsheten med egen aktivitetsutførelse betydelig sammenlignet med før rehabilitering på ADL aktiviteter (Eriksson & Tham, 2010, s. 190; Mehdizadeh et al., 2017, s. 71). Ved gjennomføring av klientsentrert ADL uttrykte hjerneslagpasienter at de opplevde åpenhet ved den klientsentrerte ADL intervensjonen, som gjorde at de klarte å visualisere og følge egen rehabiliteringsprosess (Ranner et al., 2019, s. 3028).

I Ranner et al. (2019, s. 3028) uttaler deltakerne egen situasjon etter slag, som kaotisk, og et opplevd behov for struktur. Videre beskriver deltakerne hvordan de gjennom klientsentrert ADL opplevde en struktur, som bidro til åpenhet og klarhet i egen utførelse ved daglige aktiviteter i rehabiliteringsprosessen (Ranner et al., 2019, s. 3028).

I Eriksson & Tham (2010, s. 187) hadde de funn på deltakernes opplevde "hull" i aktiviteter, som de tidligere tok for gitt og "hull" mellom aktiviteter de ønsket å gjennomføre. Før hjerneslaget hadde disse menneskene ikke erfart hvilken betydning det hadde å kunne utføre ønskede aktiviteter.

I Eriksson & Tham (2010, s. 188) viser resultatene til pasientens opplevelse av minsket selvfølelse, samt å kjenne igjen seg selv etter hjerneslaget. Pasientene rammet av hjerneslag med evne til å delta i aktiviteter de selv ønsket å trene på i rehabilitering; følte at denne evnen var med på å bevare en selvfølelse og sosial identitet (Eriksson & Tham, 2010, s. 188). Ved å bli mer klar over egen aktivitetsutførelse uttalte pasientene en økt opplevelse av kontroll over egen situasjon etter hjerneslag, som førte til økt motivasjon for å gjenvinne kontroll over hverdagslivet (Ranner et al., 2019, s. 3029).

4.2 Meningsfulle aktiviteter (produktivitet, egenomsorg og fritid)

Eriksson & Tham (2010, s. 188) beskriver hvilke aktiviteter som er meningsfulle for deltakerne, varierte fra deltaker til deltaker. En meningsfull aktivitet kunne være relatert til erfaringer ved å gjøre noe av verdi for andre, deltakelse i ønskede og utfordrende

fritidsaktiviteter eller å ha evne til å utfylle en sosial rolle. Studien belyser signifikansen av å reflektere over pasientens deltakelse i ønskede aktiviteter. Dette er aktiviteter som har utviklet seg gjennom livserfaringer (Eriksson & Tham, 2010, s. 190).

Produktivitet

Funn omtalte det å håndtere deler av aktiviteter som formet vaner, rutiner eller fordeling av arbeid hjemme eller på jobb; virket å være en forutsetning for gjenkjennelse av seg selv og for å minske aktivitetsgap (Eriksson & Tham, 2010, s. 188). En deltaker i Eriksson & Tham (2010, s. 189) måtte innse at han ikke lengre kunne gjennomføre yrket sitt, men fant en aktivitetstilpasning som gjorde at han likevel kunne gjennomføre enkelte aktiviteter.

Egenomsorg

Schiavi et al. (2018, s. 1029) skriver om betydningen av tap av autonomi, som flere pasienter opplever etter et hjerneslag. Resultatene i denne artikkelen viser at pasientene uttrykker størst aktivitetsproblemer innenfor området egenomsorg, samt at de prioriterer egenomsorg høyere enn produktivitet og fritid. Artikkelen konkluderer for innlagte pasienter med komplekse komplikasjoner etter hjerneslag; bør få en rehabiliteringsprosess som starter med primære behov som egenomsorg, for deretter å kunne fokusere på aktiviteter knyttet til produktivitet og fritid (Eriksson & Tham, 2010, s. 189; Schiavi et al, 2018, s. 1026-1032).

Flere av de utvalgte artiklene beskriver deltakerne vansker med å utføre vanlige, kjente hverdagsaktiviteter, som å spise og pusse tennene, som de tidligere hadde tatt for gitt (Eriksson & Tham, 2010, s. 187; Ranner et al., 2019, s. 3028). Studien kommer frem til at det tidlig i rehabiliteringsprosessen burde fastslås hvilke aktiviteter som har hatt betydning for pasienten før hjerneslaget. Det å gi pasientene mulighet til å utføre aktiviteter som er enkle nok for dem å utføre, vil kunne gi dem opplevd mestring (Eriksson & Tham, 2010, s. 184-192).

I Christie et al. (2011, s. 367) viser resultatene en forbedring av utførelse etter opptrening i påkledning, som var gjeldende for både over- og underekstremitet. Studien viser til oppgavespesifisert trening av påkledning, som utgjorde en betydelig forskjell i utførelse og

konkluderer med at terapi rettet mot PADL-oppgaver forbedrer funksjonell selvstendighet i påkledning (Christie et al, 2011, s. 367-369).

Fritid

Å gjenvinne evne til å lese og holde en tale ga håp for å delta i sosiale klubber og jobb etter hjerneslag, dette uttalte en deltaker i studien til Eriksson & Tham (2010, s. 188).

4.3 Omgivelser (fysiske, institusjonelle, kulturelle og sosiale)

Videre vil de fysiske, institusjonelle og sosiale delene av omgivelser bli presentert. De kulturelle aspektene vil ikke bli presentert, da det ikke ble gjort funn fra de utvalgte artiklene som omhandlet kulturelle aspekter i omgivelser.

Fysiske

Erfaringer ved å utføre kjente aktiviteter i kjente omgivelser; kan hjelpe individet med hukommelsessvekkelser etter hjerneslag i aktivitetsutførelse (Eriksson & Tham, 2010, s. 191). Ved å utføre kjente aktiviteter under den klientsentrerte ADL øvingen; kunne deltakerne relatere hvordan aktivitetene kunne utføres i andre omgivelser, som blant annet i hjemmet (Ranner et al., 2019, s. 3029).

Institusjon

Resultater fra utvalgte artikler viser pasienters rehabilitering etter hjerneslag på ulike institusjoner; rehabiliteringssentre eller sykehus. I Christie et al. (2011, s. 365) fant de ut at gruppebasert trening ved påkledningsoppgaver hos innlagte pasienter; var en foretrukket metode for å gjennomføre opptrening etter hjerneslag. Denne metoden utga seg også som viktig for å gi flere treningsmuligheter.

Ifølge Schiavi et al. (2018, s. 1031) kan ergoterapeuter hjelpe personer med å prioritere rehabiliteringsmål i forhold til egenomsorg, produktivitet og fritid. Ergoterapeuter ved rehabiliteringssenter ga pasienter i klientsentrert ADL prosess tidlig en mulighet til å formulere egne mål. Videre i rehabiliteringsprosessen fikk de muligheten til å fokusere på disse målene som de hadde bidratt til å formulere selv (Ranner et al., 2019, s. 3028).

Pasientenes selvopplevde erfaringer av aktivitetsgap bør bli brukt som tilleggsinformasjon av ergoterapeuter, for å skape et mer helhetlig bilde av pasientens aktivitetsgap som oppstår etter et hjerneslag (Eriksson & Tham, 2010, s. 191).

Resultatene i studien til Landi et al. (2006, s. 89) viser til slagpasienter som fikk et kombinert program for fysioterapi og ergoterapi; hadde større grad av uavhengighet i ADL etter en intervensjon på 8 uker sammenlignet med pasienter som bare fikk fysioterapi.

Guidetti et al. (2015, s. 608) undersøkte om klientsentrert ADL intervensjon hadde en større effekt på deltakelse enn vanlig ADL intervensjon. Resultatene viser at det ikke var en betydelig forskjell, likevel tyder det på at klientsentrert ADL hadde en positiv endring av deltakernes opplevelse etter å ha vært med på denne type intervensjon (Guidetti et al., 2015, s. 610).

Sosiale

I Ranner et al. (2019, s. 3028) beskriver deltakerne hvordan det å ha ergoterapeuter og pårørende rundt seg; ga dem verdifull støtte gjennom rehabiliteringsprosessen med fokus på klientsentrert ADL. Det ble også lettere å forstå egen ADL, som bidro til økt deltakelse i egen rehabiliteringsprosess og utføre aktiviteter alene eller sammen med andre (Ranner et al., 2019, s. 3028).

5.0 Diskusjon

Dette kapittelet er delt inn i to underkapitler hvor det først blir presentert refleksjon av resultat, som er delt inn i kapitlene person, aktivitet og omgivelser. Deretter presenteres refleksjon over oppgavens metode. Diskusjon av resultat blir diskutert opp mot presentert samfunnsaktualitet og teoretisk forankring i CMOP-E; aktivitetsutførelse og klientsentrert praksis. Dette vil bli sett i lys av problemstillingen: *Hvordan forstå bruk av ADL i rehabilitering etter hjerneslag med utgangspunkt i CMOP-E.*

5.1 Resultatrefleksjon

5.1.1 Person

I studien til Eriksson & Tham (2010, s. 187) var det flere deltakere som opplevde vanskeligheter med aktiviteter som de før hjerneslaget hadde tatt for gitt. Dette forstås ut ifra at deltakerne ikke hadde tenkt over betydningen av å kunne utføre ønskede aktiviteter. Hva som er ønskede aktiviteter kan ses på som individuelt fra pasient til pasient, samt hvilke vanskeligheter de opplever med sine aktiviteter etter et hjerneslag kan være individuelt. Dette samsvarer med Møller & Pettersen (2012, s. 23) som beskriver pasienters livssituasjon, som forskjellig fra pasient til pasient, derfor burde rehabiliteringen tilpasses den enkelte pasient. Ifølge CMOP-E sitt syn på det dynamiske samspillet mellom person, omgivelser og aktivitet endrer pasienters livssituasjon seg i løpet av livet. Endringer ved et hjerneslag kan for eksempel ses ved funksjonsnedsettelse eller andre utfordringer, som kan være med på å forme et aktivitetsforløp i skiftende mønster (Law, 2002, s. 49-51).

Etter et hjerneslag kan aktivitetsutførelsen bli endret blant annet på grunn av ulike komplikasjoner, som for eksempel lammelser, svekket sansemotorisk funksjon i ene halvdel av kroppen, rom- og retningsvansker, afasi, neglekt, apraksi, tapt arbeidslivsevne og nedsatt energi eller oppmerksomhet (Russell, 2015). I Renner et al. (2019, s. 3029) måtte flere deltakere finne nye måter for aktivitetsutførelse på grunn av komplikasjoner ved hjerneslaget. I lys av dette kan man se nytten av rehabilitering for å finne nye måter å gjennomføre sine hverdagsaktiviteter. Det kan forstås som viktig å benytte ADL-trening; trening på hverdagsaktiviteter for å gjenerverve kroppslige funksjoner som ble tapt ved hjerneslaget, for eksempel kognitive eller fysiske funksjoner.

I Ranner et al. (2019, s. 3029) uttrykte deltakerne en følelse av endret kroppslig følelse, samt en nødvendighet til å finne nye måter å utføre aktiviteter på; da de ikke lengre kunne gjennomføre aktivitetene slik som før hjerneslaget. Det å trenge hjelp til å gjennomføre aktiviteter man før tok for gitt kan være utfordrende for mange. Gitt en slik forståelse kan man diskutere rundt eventuelle vanskeligheter med å finne ut hvordan man skal gjøre sine hverdagsaktiviteter (ADL) på nye måter, grunnet endret fysisk og kognitiv funksjon.

Flere artikler presenterer resultater relatert til egen tilfredshet med ADL evne etter rehabilitering. Etter rehabilitering var tilfredsheten med egen aktivitetsutførelse betydelig bedret sammenlignet med før rehabilitering på ADL aktiviteter (Eriksson & Tham, 2010, s. 190; Mehdizadeh et al., 2017, s. 71). Ved et hjerneslag kan det forstås at ønsket aktivitetsutførelse kan bli frarøvet før en eventuell rehabiliteringsfase har begynt. Videre kan det tenkes at pasientene ikke gjenkjenner seg selv i form av fysisk funksjon, som også kan ha flere affektive følger som depresjon, frustrasjon eller oppgitthet over at man ikke kan utføre sine hverdagsaktiviteter slik som før hjerneslaget. Resultater i utførelsen av ADL etter hjerneslag viser til hvordan aktiviteter krever mer energi, planlegging, tid og oppmerksomhet (Eriksson & Tham, 2010, s. 187; Ranner et al., 2019, s. 3029). Dette kan ses i sammenheng med komplikasjoner etter et hjerneslag. Komplikasjoner etter hjerneslag kan føre til at aktiviteter man før har tatt for gitt tar dobbelt så lang tid å gjennomføre som før hjerneslaget. I forhold til deltakernes opplevelse av en økt tilfredshet med aktivitetsutførelse i ADL etter rehabilitering, kan støttes i tidlig igangsetting av opptrening i ADL utførelse (Løvhøiden & Welhave, 2015). Dette støttes av Chippala & Sharma (2015, s. 670-672) hvor resultater på tidlig ADL trening viser god progresjon for tilbakeføring av ferdigheter.

Hjerneslag viste seg å ha en noe nedsettende virkning på kognitive funksjoner hos deltakerne i Landi et al. (2006, s. 87). Flere studier viste også til hvordan kognitiv funksjon hadde en signifikant betydning for forutsett ADL utførelse etter hjerneslag (Ghaffari et al., 2021, s. 3). Med tanke på eventuelle komplikasjoner ved et kognitivt funksjonsfall etter hjerneslag, er det viktig å poengtere at menneskets kognitive funksjon kan spille inn på aktivitetsutførelsen. Det eventuelle kognitive funksjonsfallet kan spille inn på aktivitetsutførelsen, i form av vanskeligheter med for eksempel å uttrykke egne ønsker og mål for rehabiliteringsfasen.

5.1.2 Aktivitet

Ifølge Ghaffari et al. (2021, s. 1-7) påvirker PADL evnen til å utføre IADL. PADL krever sansemotoriske, kognitive og psykososiale evner som forutsettes for å lykkes med IADL. I artikkelen til Ghaffari et al. (2021) kommer de frem til at det burde være et spesielt søkelys

på å forbedre PADL i rehabiliteringsprosessen, som da er en forutsetning for fremtidig uavhengighet i hjemmet og i samfunnsdeltakelse. På en annen side trenger ikke nødvendigvis PADL aktivitetsutførelse å være en forutsetning for IADL utførelse i alle tilfeller. Det kan komme an på personen og personen sitt funksjonsfall som følge av hjerneslaget, hvilken aktivitet det er snakk om og hvor aktiviteten gjennomføres. På en annen side igjen kan det være viktig å fokusere på PADL da dette er aktiviteter som bidrar til uavhengighet. For eksempel starter mennesker ofte dagen med å forflytte seg ut av seng, for deretter å stille seg på badet. I lys av dette kan derfor PADL trening i rehabilitering ses på som aktuelt, for å kunne bli mer selvstendig i egen hverdag.

I Eriksson & Tham (2010, s. 188) fant de ut at etter slag opplevde flere pasienter en minsket selvfølelse av å kjenne igjen seg selv, hvor det å kunne ta vare på seg selv var et primært fokusområde for flere (Schiavi et al, 2018, s. 1026-1032). Ut ifra disse resultatene kan det tenkes at det å kunne gjennomføre egenomsorg er noe som betyr mye for mange, og som kan spille inn på egen selvfølelse. Det å øve spesifikt på PADL, som for eksempel påkledning vises i studien til Christie et al. (2011, s. 367) å ha en betydelig endring i aktivitetsutførelse og økt selvstendighet. Det kan antyde at bruk av aktiviteter som er et primært fokusområde og av betydning for pasienten, kan være bidragende til å gjenvinne ønsket aktivitetsutførelse i sine ADL.

Eriksson & Tham (2010, s. 184-192) fant funn på at aktiviteter som var meningsfulle for pasienten før hjerneslaget bør gis oppmerksomhet; tidlig i rehabiliteringen, da disse aktivitetene gir større sjanse til opplevd mestring. I lys av Eriksson & Tham (2010) sitt funn kan det tenkes at bruk av meningsfulle aktiviteter i rehabiliteringsprosessen kan bidra til økt motivasjon og mestringsfølelse. Dette samsvarer med Faber (2019, s. 200) som beskriver at desto mer av pasientenes ønsker og mål for aktivitetsutførelse som legges til grunn for intervensjonen, desto mer motivert kan pasienten være for å nå sine mål.

Ved et hjerneslag kan det være mange elementer i livet som forandrer seg. Forandring kan føre til en opplevelse av mindre struktur i hverdagen. I Ranner et al. (2019, s. 3028) uttaler deltakerne egen situasjon etter slag, som kaotisk, og at de har et behov for struktur. Funnet i studien snakker om hvordan klientsentrert ADL intervensjon i rehabiliteringen skapte en

opplevd åpenhet, som ga bedre struktur, innsikt i egen aktivitetsutførelse, økt motivasjon og enklere å følge egen rehabiliteringsprosess. Det å få bestemme selv hvilke aktiviteter man skal jobbe med i rehabilitering etter hjerneslag kan ha stor betydning for den enkelte. Resultatene snakker om pasientenes opplevelse av kaotisk situasjon, og i lys av dette trenger ikke alltid klientsentrert ADL intervensjon være hensiktsmessig. Det kan være utfordrende for pasientene i sin nye situasjon å uttale seg om hva de ønsker ut av rehabiliteringen; på grunn av den kaotiske situasjonen. Dette betyr ikke at klientsentrert praksis ikke skal bli benyttet, da for eksempel ergoterapeuten kan bistå pasienten med å strukturere hvilke ADL som er hensiktsmessig å utføre i rehabiliteringen, for å bedre pasientens tilfredshet med egen aktivitetsutførelse. Ergoterapeuter har som yrkesetiske retningslinjer å praktisere bistand basert på pasientens ønsker, interesser og behov ut ifra hva som også er forsvarlig for pasientens helse (Norsk ergoterapiforbund, 2018, s. 2), som blir en klientsentrert praksis med innspill fra faglig kompetanse.

Eriksson & Tham (2010, s. 188) beskriver hvilke aktiviteter som er meningsfulle for deltakerne, varierte fra deltaker til deltaker. Studien belyser signifikansen av å reflektere over pasientens deltakelse i ønskede aktiviteter; som er aktiviteter utviklet gjennom livserfaringer (Eriksson & Tham, 2010, s. 190). I lys av dette brukes ADL i rehabilitering etter hjerneslag for å forbedre aktivitetsutførelse i de aktiviteter som er valgt av pasientene. Det at pasientene får brukt aktiviteter som for dem er meningsfulle i rehabiliteringen, kan ses på som en klientsentrert praksis. Her kan man på en annen side diskutere om pasientens meningsfulle aktiviteter er de aktiviteter som terapeuten mener er viktige for opptreningen.

Det kan være nyttig å bruke ADL trening for å se hvilke tilpasninger som må gjøres for å gjenopprette en tilfredsstillende aktivitetsutførelse. Det var en deltaker i studien til Eriksson & Tham (2010, s. 189) som ikke klarte å utføre enkelte aktiviteter, men som mestret aktivitetene etter tilpasning og trening. En uttalelse fra en deltaker i studien til Eriksson & Tham (2010, s. 188) omhandlet det å gjenvinne evne til å lese og holde en tale, som ga håp om å delta i sosiale klubber og jobb etter hjerneslag. Ved å benytte ADL aktiviteter av personlig interesse for den enkelte pasient kan man gjennom rehabilitering gjenvinne ulike evner, som kreves i for eksempel fritidsaktiviteter, som igjen kan bidra til at man kan delta i sine omgivelser.

Eriksson & Tham (2010, s. 188) konkluderer ved bruk av kjente aktiviteter i rehabiliteringen, som pasientene kunne knytte til hjemmet eller jobben; hjalp pasienten med å føle tilhørighet til seg selv og aktivitetsutførelsen. Å kunne gjennomføre kjente aktiviteter som man relaterer til eget hverdagsliv kan tenkes å gjøre overgangen fra for eksempel rehabiliteringssenter til hjemmet lettere. Det er også mulig at veien til bedre aktivitetsutførelse er kortere når man har hatt en tilfredsstillende aktivitetsutførelse i de kjente aktivitetene tidligere. I sammenheng med at det kan være nyttig med rehabilitering av hverdagsaktiviteter man kjenner fra før, så kan det også ses på som nyttig å bruke kjente omgivelser.

5.1.3 Omgivelser

Hvor rehabilitering etter hjerneslag foregår kan ha innvirkning på aspektene i person og aktiviteter. Et rehabiliteringssenter vil mest sannsynlig by på ukjente omgivelser for pasientene, mens hjemmet byr på omgivelser pasientene mest sannsynlig kjenner godt. Funn fra utvalgte artikler antyder at omgivelsene hvor aktiviteter gjennomføres har en betydning for aktivitetsutførelse, i form av å huske utførelsen av aktivitetene i ulike omgivelser (Eriksson & Tham, s. 191; Ranner et al., 2019, s. 3029). Det kan derfor reflekteres over at rehabilitering på senter bør tilrettelegges, slik at man kan relatere aktiviteter gjennomført på senter til andre omgivelser. Dette kan bidra til en bedre overgang fra rehabiliteringssenter til hjemmet.

På rehabiliteringssenter foregår mye av opptrening i ADL ferdigheter individuelt med terapeut, men også i grupper. I Christie et al. (2011, s. 365) hadde de funn på gruppebasert trening av påkledningsoppgaver hos innlagte pasienter; som en foretrukket metode for å gjennomføre opptrening etter hjerneslag. Denne metoden utga seg også som viktig for å gi treningsmuligheter. Det kan tenkes at opptrening av ADL ferdigheter i en gruppesituasjon også kan gi pasienter innsikt i hvordan andre i samme situasjon håndterer endret aktivitetsutførelse, og gjennomføring av aktiviteter i ukjente omgivelser. På en annen side

kan det ha en virkning i form av at man sammenligner egen aktivitetsutførelse med andres, som kan oppleves negativt.

Et rehabiliteringssenter kan by på omgivelser som involverer ulike profesjoner som arbeider tverrfaglig. Eksempel på profesjoner er fysioterapeuter, sykepleiere, ergoterapeuter og vernepleiere. Hver profesjon har ulike fokusområder innen rehabilitering av pasienter med hjerneslag, men flere av fokusområdene kan tre inn i hverandres kompetanse, derfor samarbeider de ulike profesjonene tverrfaglig (Fog, 2012, s. 27). Ergoterapeuter har fokusområde på ADL og ADL i lys av samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser (Norsk ergoterapiforbund, 2018, s. 2). Resultatene i studien til Landi et al. (2006, s. 89) viser slagpasienter som fikk et kombinert program for fysioterapi og ergoterapi hadde større grad av uavhengighet i ADL etter en intervensjon på åtte uker, sammenlignet med pasienter som bare fikk fysioterapi. Med tanke på at disse to profesjonene ga et kombinert program på ADL, kan ha gitt en større uavhengighet i ADL grunnet forskjellige fokusområder i rehabiliteringen, som kan ses på som en mer helhetlig pasientoppfølging.

Intervensjoner som blir benyttet i rehabiliteringssituasjoner viste seg i Guidetti et al. (2015) å ha en effekt på deltakelse. De benyttet en klientsentrert ADL intervensjon som økte pasientdeltakelse, men utgjorde ingen betydelig forskjell på ADL utførelse. Intervensjonen ble likevel opplevd positivt av deltakerne (Guidetti et al, 2015, s. 608-610). Det kan tenkes at intervensjonen benyttet i de institusjonelle omgivelsene var pasientenes ønsker for aktiviteter i treningen på ADL. Pasientene kan ha opplevd dette som en positiv intervensjonsmetode da det kan ha gitt dem en bedre innsikt i egen rehabilitering, samt en relaterbarhet av aktivitetsutførelse til eget liv.

For å kunne vite hvilke hverdagsaktiviteter som er viktige for den enkelte pasient er det viktig at omgivelsene, som for eksempel en ergoterapeut på rehabiliteringssenter søker å bli kjent med pasienten, og pasienten sine omgivelser og aktiviteter. Det å bli kjent med hvordan pasientens aktivitetsutførelse var før hjerneslaget, kan bidra til å skape et helhetlig bilde av pasienten og pasientens hverdagsaktiviteter før hjerneslaget sammenlignet med nå. I Eriksson & Tham (2010, s. 191) sier de derfor at pasienters livserfaringer på det de nå opplever som et aktivitetsgap fra tidligere aktivitetsutførelse burde bli brukt som

supplementerende informasjon av ergoterapeuter, for å skape et helhetlig bilde av pasienten.

Ifølge Schiavi et al. (2018, s. 1031) kan ergoterapeuter hjelpe personer med å prioritere rehabiliteringsmål i forhold til meningsfulle aktiviteter. Ergoterapeutene ga pasienter gjennom klientsentrert ADL en mulighet til å formulere egne mål, som de videre i rehabiliteringsprosessen fikk muligheten til å fokusere på (Ranner et al., 2019, s. 3028). I Ranner et al. (2019, s. 3028) beskriver deltakerne hvordan det å ha ergoterapeuter og pårørende rundt seg; ga dem verdifull støtte gjennom rehabiliteringsprosessen med søkelys på klientsentrert ADL. I lys av funnene til Ranner et al. (2019) og Schiavi et al. (2018) kan man reflektere over hvordan sosiale omgivelsene spiller en rolle for ADL i rehabilitering etter hjerneslag. Med å ha personer som pårørende og terapeuter som støttespillere i sine sosiale omgivelser, kan gi en økt sjanse til en bedre ADL utførelse etter rehabilitering. På den andre siden kan de sosiale omgivelsene også være en forstyrrende eller en begrensende faktor for aktivitetsutførelse. Relasjoner spiller en viktig rolle, men det er ikke alle som kommer overens med hverandre, og her kan en dårlig relasjon mellom pasient og terapeut være en begrensning. Samtidig som pårørende kan være en god støttespiller, kan pasienten føle på forpliktelser som en ikke er i stand til å gjøre i gitt situasjon etter et hjerneslag. I slike situasjoner bidrar ergoterapeuter i undersøkelse av pasientens omgivelser, for å kunne avdekke muligheter og begrensinger som omgivelsene kan by på for den enkelte pasient (Faber, 2019, s. 202).

Å være uavhengig i ADL i sine omgivelser kan ses på som en positiv effekt for samfunnet. Et hjerneslag koster mye for samfunnet (Lamøy & Myhre, 2021). Dersom pasienten ikke får gjenopprettet funksjon i ADL vil det være nødvendig med flere instanser som kan by på en betydelig kostnad for samfunnet. Slike instanser kan for eksempel være kommunehelsetjeneste eller NAV i form av uføretrygd. ADL trening i rehabilitering ses derfor på som viktig for å kunne delta selvstendig i sine omgivelser. Kanskje kan pasienten komme tilbake til jobb etter god rehabilitering på ADL relatert til pasientens jobb, noe som gagnar samfunnet. Det vil koste samfunnet mer at mennesker er arbeidsledig enn i arbeid (Lamøy & Myhre, 2021).

5.2 Metoderefleksjon

I dette kapittelet i oppgaven presenteres refleksjon over litteraturstudiet som er gjennomført. Det ble brukt kvalitativ metode for å innhente data, som er en av flere veier til vitenskapelig kunnskap. Kvalitative metoder kan brukes for å belyse spørsmål hvor målet er forståelsen, ikke forklaringen (Malterud, 2017, s. 32).

Litteratursøket for oppgaven bemerket seg som utfordrende. Rehabilitering for slagpasienter er et område som er forsket mye på, og derfor er det et bredt omfang av tilgjengelig litteratur på området. I arbeidet med grovsøket og utarbeiding av søkeord viste det seg å være store variasjoner i begrepene som ble brukt. Ved første veiledning ble det synliggjort at treff fra søkene gav et for bredt resultat i forhold til daværende problemstilling. Det ble derfor gjort en justering av problemstillingen for å spisse søket ytterligere.

Gjennom søkeprosessen ble det gjort erfaringer som kan ha påvirket resultatet av studien. For å gjøre søket mer effektivt ble tidsavgrensning benyttet i søk hvor det var mulig. Dette kan ha ført til at noen artikler ble utelatt, samtidig som valget ble gjort for å sikre forskning av nyere dato. Med tanke på at engelsk er vårt andre språk, kan det ha oppstått mistolkning av resultater fra artiklene. Dette kan være en faktor som kan ha påvirket gyldigheten til oppgaven. Samtidig har vi vært to som har lest og diskutert forståelsen av innholdet i artiklene og på den måten mener vi at feiltolkningen ble minsket.

Videre ses en sammenheng i resultater fra de kvantitative studiene med de kvalitative studiene. Flere komponenter som blir tatt opp i resultater og diskusjon er noe av det samme i flere av studiene. Dette er med på å vurdere validiteten til de utvalgte artiklene. Validiteten til kildene benyttet i oppgaven kan samt ses ved at ingen av kildene er datert eldre enn fra 2006. Dette kan ses på som en kunnskaps gyldighet til at hentet empiri er generaliserbart over en 16 års periode. Artiklene av eldre dato viser til noen av de samme resultatene som artiklene av nyere dato (Malterud, 2017, s. 23).

Til tross for at rehabilitering for slagpasienter er et tema i stadig utvikling, ble det valgt å inkludere kilder over en lengre periode, da resultater fra artikler av eldre dato samstemte

med resultater fra nyere dato. Dette viser til en overførbarhet av ADL i rehabilitering over flere år (Busch, 2021, s. 61). En av artiklene i denne oppgaven er en review artikkel som kan være kritikkverdig da den er en andregangskilde, men på grunn av artikkelens innhold, fagfelle vurderingen og at den oppfyller enkelte inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble satt; ble den tatt med.

6.0 Oppsummering

Oppsummeringen skal svare på problemstillingen, samt gjøre rede for sentrale poeng og resultater (Dalland, 2012, s. 231). Problemstillingen som er besvart i denne oppgaven lyder; *hvordan forstås bruk av ADL i rehabilitering etter hjerneslag med utgangspunkt i CMOP-E?* Resultatene ble hentet fra ti forskningsartikler, som har blitt diskutert i forbindelse med den ergoterapeutiske teorien CMOP-E med tilhørende perspektiver; aktivitetsutførelse og klientsentrert praksis.

Ut ifra empirisk data, innhentet i forbindelse med oppgaven kan man forstå at bruk av ADL i rehabilitering etter et hjerneslag er hensiktsmessig. Hovedsakelig har det kommet frem at ADL blir brukt for å finne nye måter å gjennomføre hverdagsaktiviteter etter endret funksjon. Endret funksjon kan vise seg både fysisk og kognitivt etter et hjerneslag. ADL blir brukt for å bli mer selvstendig i egen hverdag; det kan derfor være hensiktsmessig å starte rehabilitering med grunnleggende ferdigheter som du finner i PADL. Aktiviteter som pasienten selv synes er meningsfullt kan bidra til motivasjon og mestring i rehabiliteringen.

En endret aktivitetsutførelse i ADL kan oppleves frustrerende. Rehabilitering kan bidra til økt tilfredshet med egen aktivitetsutførelse. Endringer etter hjerneslag vil påvirke aktivitetsforløpet; som vil være individuelt fra pasient til pasient. Det forstås som lettere å oppnå en tilfredsstillende aktivitetsutførelse når man bruker ADL av interesse. Ved å bruke ADL av pasientens interesser sikrer man en relaterbarhet til deres hverdagsliv, som fritidsaktiviteter og sosiale aktiviteter. Det forstås derfor som viktig at ADL benyttes i rehabiliteringen er klientsentrert. Det kan være nyttig å få bistand av profesjoner som for

eksempel ergoterapeuter som har god kompetanse innenfor ADL, og har yrkesetiske retningslinjer som samsvarer med klientsentrert praksis.

Bruk av ADL i rehabilitering etter hjerneslag med utgangspunkt i CMOP-E, kan forstås ved at en persons forutsetninger i form av fysiske, følelsesmessige og kognitive komponenter påvirker ADL i rehabiliteringen. Ved at personens komponenter påvirker ADL i rehabiliteringen, viser til relevansen av å fokusere på selvopplevd aktivitetsutførelse og en klientsentrert praksis i rehabiliteringsfasen. Bruk av ADL kan forstås gjennom meningsfulle aktiviteter ved at personer har ulike ADL og ulike forutsetning for aktivitetsutførelse i sine hverdagsaktiviteter. Videre kan det forstås at personers sosiale, institusjonelle og fysiske omgivelser er individuelle og muliggjør eller begrenser en persons aktiviteter. Bruk av ADL i rehabilitering etter hjerneslag med utgangspunkt i CMOP-E, belyser hvor viktig samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser er i rehabiliteringsfasen.

7.0 Referanseliste

- Aagaard, M. & Langdal, I. (2019). Cenrale begreber inden for ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4.utg., s. 111-127). Munksgaard.
- Andersen, E.S. & Schwenke, E. (2020). *Prosjektarbeid - en veiledning for studenter* (5.utg). Fagbokforlaget.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Busch, T. (2021). *Akademisk skrivning for bachelor- og masterstudenter* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Chippala, P. & Sharma, R. (2015). Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: a single-blind, randomized controlled trail. *Clinical Rehabilitation*, 30(7), 669-675. <https://doi.org/10.1177/0269215515596054>
- Christie, L., Bedford, R. & McCluskey, A. (2011). Task-specific practice of dressing tasks in a hospital setting improved dressing performance post-stroke: A feasibility study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(5), 364-369. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00945.x>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg., s. 40-60). Gyldendal akademisk.
- Eriksson, G. & Tham, K. (2010). The Meaning of Occupational Gaps in Everyday Life in the First Year after Stroke. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 30(4), 184–192. <https://doi.org/10.3928/15394492-20091123-01>
- Faber, L.L. (2019). Ergoterapeutisk intervention. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4.utg., s. 197-209). Munksgaard.
- Finansdepartementet. (2021, 16. mars). *Langsiktige utfordringer som følge av en aldrende befolkning*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/norsk_ekonomi/bruk-av-oljepenger-/langsiktige-utfordringer-som-folge-av-en/id450473/

- Fjærtøft, H. & Indredavik, B. (2007). Kostnadsvurdering av hjerneslag. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 127(6), 744-747. <https://tidsskriftet.no/2007/03/tema-hjerneslag/kostnadsvurderinger-ved-hjerneslag>
- Fjærtøft, H., Skogseth-Stephani, R., Indredavik, B., Bjerkvik, T. F. & Varmdal, T. (2021). *Årsrapport for 2020 Med plan for forbedringstiltak* (Årsrapport 2020). Norsk hjerneslagregister. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-06/Hjerneslagregisteret%20%C3%85rsrapport%202020.pdf>
- Fog, J. (2012). Aktører i prosessen. I T. T. Møller & L. Petersen (Red.). *Neurorehabilitering i praksis* (s. 27-33). Gads forlag
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>
- Ghaffari, A., Rostami, H. R., & Akbarfahimi, M. (2021). Predictors of Instrumental Activities of Daily Living Performance in Patients with Stroke. *Occupational Therapy International*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2021/6675680>
- Guidetti, S., Ranner, M., Tham, K., Andersson, M., Ytterberg, C., & Von Koch, L. (2015). A "client-centred activities of daily living" intervention for persons with stroke: One-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(7), 605–611. <https://doi.org/10.2340/16501977-1981>
- Helsebiblioteket. (2016, 03.06). *PICO*. I folkehelseinstituttet. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsenorge. (2020, 04.02). *Hva er hjerneslag*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerneslag/hjerneslag-arsaker/>
- Indredavik, B. (2004). Hjerneslag. I Wekre, L. L, Vardeberg, K., Skogan, A. H., Hagen, M. I., & Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering (Red.), *Lærebok i rehabilitering: når livet blir annerledes*. Fagbokforlaget.
- Kielsgaard, K., Madsen, A.J. & Skaarup, L. (2019). Referencerammer og teori i ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4.utg., s. 133-136). Munksgaard.

- Kjeken, I., & Sand-Svartrud, A. L. (2012). The Canadian Occupational Performance measure brukt i rehabilitering. *Ergoterapeuten*, 1, 11-18.
- Kristensen, K.H., Persson, D., Nygren, C., Boll, M., & Matzen, P. (2011). Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(1), 11–25.
<https://doi.org/10.3109/11038120903563785>
- Lamøy, E. & Myhre, A. (2021, 16. juni). Mulig samfunnsgevinst fremfor uføretrygd. *Arbeid og velferd*, 2, 3-16. https://arbeidogvelferd.nav.no/journal/2021/2/m-4136/Mulig_samfunnsgevinst_av_arbeid_fremfor_uf%C3%B8retrygd
- Landi, F., Cesari, M., Onder, G., Tafani, A., Zamboni, V., & Cocchi, A. (2006). Effects of an Occupational Therapy Program on Functional Outcomes in Older Stroke Patients. *Gerontology*, 52(2), 85–91. <https://doi.org/10.1159/000090953>
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S. & Townsend, E. (2002). Nøglebegreper i ergoterapi. I Townsend, E. (Red.). *Fremme af menneskelig aktivitet - ergoterapi i et canadisk perspektiv*. (1.utg., s. 31-60). FADL`s forlag.
- Løvhøiden, I. & Welhave, I. L. (2015, 28.oktober). *Rehabilitering etter hjerneslag*. LHL Hjerneslag. Hentet 03. mai 2022 fra <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/livet-etter/rehabilitering-etter-hjerneslag/>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg., s. 17-110). Universitetsforlaget.
- McKinstry, Brown, T., & Gustafsson, L. (2014). Scoping reviews in occupational therapy: The what, why, and how to. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(2), 58–66. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12080>
- Mehdizadeh, M., Hassani Mehraban, A., & Zahedyannasab, R. (2017). The Effect of Group-Based Occupational Therapy on Performance and Satisfaction of Stroke Survivors: Pilot Trail, Neuro-Occupational View. *Basic and Clinical Neuroscience*, 8(1), 69–76. <https://doi.org/10.15412/J.BCN.03080109>
- Møller, T. T. & Petersen, L. (2012). Et fælles sprog. *Neurorehabilitering i praksis*. (1. utg., s. 21-25). Gads Forlag.
- Norsk ergoterapiforbund. (2017, 01.11). *Alle skal kunne delta - Ergoterapeuters kjernekompetanse*. Hentet 05.05.22 fra <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>

- Norsk ergoterapiforbund. (2018). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 05.05.22 fra <https://ergoterapeutene.sharepoint.com/:w:/g/EZmYMwTeZVFHlj4s8xDDYwABRyvI0XWfQobjqHGmGyk8xQ?e=0pZTIs>
- NTNU. (u.å). *Databaser/Artikler*. NTNU universitetsbiblioteket. Hentet fra <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>
- Ranner, M., Guidetti, S., von Koch, L., & Tham, K. (2019). Experiences of participating in a client-centred ADL intervention after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 41(25), 3025–3033. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1483434>
- Russell, D. (2015, 28 oktober). Konsekvenser av hjerneslag. LHL Hjerneslag. Hentet 03. mai 2022 fra <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/fakta-om-hjerneslag/konsekvenser-av-hjerneslag/>
- Schiavi, M., Costi, S., Pellegrini, M., Formisano, D., Borghi, S., & Fugazzaro, S. (2018). Occupational therapy for complex inpatients with stroke: identification of occupational needs in post-acute rehabilitation setting. *Disability and Rehabilitation*, 40(9), 1026–1032. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1283449>
- Skar, T., & Bjerke, M.L. (2021). *Hva skjer ved utskrivning fra sykehuset etter hjerneslag?* LHL Hjerneslag. Hentet 04. mai 2022 fra <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/vi-kan-hjelpe-deg/rettigheter/hva-skjer-ved-utskrivning-fra-sykehuset-etter-hjerneslag/>
- Skau, P.A. (u.å). *Norsk hjerneslagregister*. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Hentet 04. mai 2022 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/register/hjerte-og-karsykdommer/norsk-hjerneslagregister>
- Taule, T., Strand, L. I., Assmus, J., & Skouen, J. S. (2015). Ability in daily activities after early supported discharge models of stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(5), 355–365. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1042403>
- Østergaard, L.G., Jørgensen, S.S & Riis-Djernæs, L.M. (2019). Ergoterapeutisk somatisk rehabilitering til voksne og eldre. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi*. (4.ut., s. 289-312). Munksgaard.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1; Søkelogg

Database	Dato	Søkeord/kombinasjon	Antall treff	Avgrensninger	Relevante artikler	Tittel på utvalgte artikler
Oria	30/3	everyday rehabilitation* and stroke and adl and occupational therapy	556	- Fagfellevurdert - Artikler - 2017-2022	2	- Experiences of participating in a client-centred ADL intervention after stroke - Occupational therapy for complex inpatients with stroke: identification of occupational needs in post-acute rehabilitation setting
AMED	30/3	Rehabilitation and Activity of daily living and Stroke and occupational therapy	58	- Ingen	0	
AMED	30/3	Rehabilitation and Activity of daily living and Stroke and Physical	77	- Ingen	0	
AMED	30/3	“activities of daily living” and Rehabilitation and Stroke and Motor skills	14	- Ingen	0	

AMED	30/3	“activities of daily living” and Rehabilitation and Stroke	311	-Ingen	1	-Predictors of Instrumental Activities of Daily Living Performance in Patients with Stroke
AMED	30/3	Rehabilitation and Activity of daily living and Stroke and Everyday	13	-Ingen	0	
AMED	30/3	Rehabilitation and Activity of daily living and Stroke and Training	58	-Ingen	0	
PubMed	1/4	stroke rehabilitation and occupational therapy and adl.	170	-Ingen	4	<p>-Occupational therapy for complex inpatients with stroke: identification of occupational needs in post-acute rehabilitation setting</p> <p>-Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation</p> <p>-The Effect of Group-Based Occupational Therapy on Performance and Satisfaction of Stroke Survivors: Pilot Trail, Neuro-Occupational View</p> <p>-Effects of an occupational therapy program on functional outcomes in older stroke patients</p>

AMED	19/4	ADL and Stroke and acute rehabilitation	51	-Ekskludert reviews artikler	1	-Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: a single-blind, randomized controlled trail
AMED	19/4	Stroke and humans and rehabilitation and "activities of daily living"	310	-Ingen	3	-The Meaning of Occupational Gaps in Everyday Life in the First Year after Stroke -Task-specific practice of dressing tasks in a hospital setting improved dressing performance post-stroke: A feasibility study -Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: a single-blind, randomized controlled trail
Pubmed	21/4	((adl training) AND (Rehabilitation)) AND (Stroke) (Occupational therapy))	29	-Ekskludert reviews artikler	0	
Pubmed	21/4	((activities of daily living) AND (occupational therapy)) AND (rehabilitation)) AND (stroke)	142	-Ekskludert reviews artikler -2012-2022	1	-A "client-centred activities of daily living" intervention for persons with stroke: One-year follow-up of a randomized controlled trial

