

Anja Grindeland Kronstad (10017)
Ida-Malén Otterlei Moen (10102)

Mestring i hjemmebasert rehabilitering

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lindis Kathrine Helberget
Juni 2023



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Anja Grindeland Kronstad (10017)
Ida-Malén Otterlei Moen (10102)

Mestring i hjemmebasert rehabilitering

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lindis Kathrine Helberget
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Slagpasienters liv og hverdag endres brått ved akutt sykdom. Hjemmerehabilitering er et effektivt behandlingstilbud. Det er ikke avklart hva som er den beste formen for slagrehabilitering, men tidlig rehabilitering øker sjansen for å gjenvinne tapte funksjoner. Mestring er grunnleggende i rehabiliteringsprosessen.

Hensikt: Å belyse slagpasienters opplevelse av mestring i hjemmebasert rehabilitering.

Metode: Systematisk litteraturstudie med datamateriale fra ni kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Analysen resulterte i tre sentrale hovedtemaer som beskriver hvordan slagpasienter opplever mestring. Temaene var støtte og nettverk, hjemmet som arena for rehabilitering og identitet. Pasienter verdsatte sosial støtte fra nære relasjoner og helsepersonell, samt å kunne utføre rehabiliteringen i kjente omgivelser. Slaget påførte pasientene belastning med konsekvenser for identitet.

Konklusjon: Rehabiliteringsprosessen er kompleks, og det kan se ut til at både støtte, omgivelsene og selvet har stor betydning for pasientenes opplevelse av mestring. Pasientene opplevde mestring ved støtte i form av kjærlighet og oppmuntring. Tryggheten i hjemmet og hverdagslivet ser ut til å styrke pasientens posisjon, som gir en positiv holdning og bevarer pasientens identitet.

Abstract

Background: Stroke patients' everyday life change abruptly in the event of an acute illness. Home rehabilitation is an effective treatment option even if it's not clear what is the best form of stroke rehabilitation. Early rehabilitation increases the chance of regaining lost functions. Coping is fundamental in the rehabilitation process.

Purpose: To shed light on stroke patients' experiences of coping in home-based rehabilitation.

Method: Systematic literature study with data from nine qualitative research articles.

Result: The analysis resulted in three main themes that describe how stroke patients experience coping. The themes were support and networks, the home as an arena for rehabilitation and identity. Patients valued social support from close relationships and healthcare personnel, as well as being able to carry out the rehabilitation in familiar surroundings. The stroke put a strain on the patients with consequences for identity.

Conclusion: The rehabilitation process is complex, and it may appear that both support, the environment and the self are of great importance to the patients' experience of coping. The patients experienced coping with support in the form of love and encouragement. The safety of the home and everyday life seems to strengthen the patient's position, which gives a positive attitude and preserves the patient's identity.

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Introduksjon.....	11
1.2	Bakgrunn for valg av tema	11
1.3	Hensikt og problemstilling	11
1.4	Avgrensning og presisering.....	11
1.4.1	Begrepsavklaring	12
2	Teori	13
3	Metode	16
3.1	Beskrivelse av metode	16
3.2	Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	16
3.3	Søkestrategi	17
3.4	Vurdering og utvelgelse av datamateriale	19
3.4.1	Vurdert og utelukket.....	19
3.4.2	Utvalgt datamateriale	19
3.4.3	Etiske vurderinger	20
3.5	Analyse.....	20
4	Resultat.....	22
4.1	Artikkelmatrise	22
4.2	Presentasjon av resultat.....	26
4.2.1	Støtte og nettverk	26
4.2.1.1	Nære relasjoner: Familie og venner	26
4.2.1.2	Profesjonell støtte	27
4.2.2	Hjemmet som arena for rehabilitering.....	28
4.2.2.1	Omgivelser.....	28
4.2.2.2	Aktiviteter i nærmiljøet	28
4.2.3	Identitet	29
4.2.3.1	Livsstilsendring	29
4.2.3.2	Selvoppfatning.....	30
5	Diskusjon.....	31
5.1	Diskusjon av resultat	31
5.2	Betydning for sykepleie.....	34
5.3	Styrker og svakheter ved litteraturstudiet	35
5.4	Konklusjon	36
	Referanser.....	37

Antall ord: 7673

1 Innledning

1.1 Introduksjon

Bacheloroppgaven handler om hvordan slagpasienter mestrer en ny og endret hverdag i hjemmet etter hjerneslag. Vi ønsker å belyse hvordan slagpasienter, som opplever en akutt livsstilsendring, håndterer overgangen fra å oppleve god helse og fungere i eget hjem, til å måtte lære å leve et nytt liv med konsekvensene av sykdommen.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Temaet mestring i hjemmerehabilitering ansees som relevant i arbeid med sykepleie. Hjemmebasert rehabilitering er ifølge Wergeland et al. (2016) et effektivt behandlingstilbud. Tjenesten krever systematisk samarbeid, hvor sykepleieren kan tenkes å ha en koordinerende rolle (Orvik, 2022, s. 20–21). Sykepleierens kliniske kompetanse bidrar dessuten til observasjon av vitale funksjoner og ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov (Wergeland et al., 2016, s. 314–315).

Den komplekse opplevelsen av nyoppstått sykdom med både fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser, var en sentral inspirasjonskilde. Pasientopplevelsen vil kunne avdekke hvordan hjerneslaget påvirker pasientens livsutfoldelse og livskvalitet, som trolig vil gjøre det lettere å identifisere hvilke intervensjoner sykepleier må iverksette for å kunne ivareta pasientens behov (Wergeland et al., 2016, s. 310–312).

Ifølge Helsedirektoratet (2017) vil omtrent en tredjedel av 12 000 slagrammede få en varig funksjonshemming som kan medføre økt hjelpebehov. Forskning viser at tidlig rehabilitering øker sjansene for å gjenvinne tapte funksjoner. Det er ikke avklart hva som er den mest ideelle formen for slagrehabilitering, men god motivasjon og tilstrekkelig mengde, intensitet og varighet er viktig (Helsedirektoratet, 2017).

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få innsikt i hvordan slagpasienter opplever mestring i hjemmebasert rehabilitering. Behandling i tilpasningsfasen etter slaget tar for seg opptrening og ADL. Fokus på pasientens opplevelse av situasjon og hjelpebehov kan gi sentrale føringer for utøvelse av rehabiliterende sykepleie. Derav oppgavens problemstilling: Hvordan opplever slagpasienter mestring i hjemmebasert rehabilitering?

1.4 Avgrensning og presisering

Rehabiliteringsbegrepet blir avgrenset til hverdags- og hjemmerehabilitering, fordi begrepene omtaler hjemmebaserte tjenester (Romsland et al., 2015, s. 65).

Rehabiliteringsfasen avgrenses fra utskrivelse til inntil et år etter gjennomgått slag, for å fange pasientgruppens opplevelse av overgangen til hjemmet og etablering av hjemmet som rehabiliteringsarena. Rehabilitering forstås som gjenopptrening og tilpasning til dagliglivets aktiviteter.

Begrepene hverdags- og daglige aktiviteter (activities of daily living - ADL) brukes om hverandre i oppgaven. Enkelte steder inngår også arbeidsdeltakelse i begrepet.

1.4.1 Begrepsavklaring

Hverdagsaktiviteter (ADL): Gjøre mål knyttet til egenomsorg som man vanligvis utfører i hverdagslivet. Kan eksempelvis romme praktiske behov som påkledning (Romsland et al., 2015, s. 30).

Hverdagsrehabilitering: Tverrfaglig innsats mot mestring av ADL i brukerens hjem (Romsland et al., 2015, s. 65–66).

Hjemmerehabilitering: Virksomhet for hjemmeboende brukere med omfattende oppfølgingsbehov (Romsland et al., 2015, s. 65–66).

Empowerment: Hvordan pasienten utvikler og tar i bruk kunnskap og krefter, samt aktiv deltakelse i egen rehabiliteringsprosess (Romsland et al., 2015, s. 192).

2 Teori

Hjerneslag er en plutselig skade på hjernevevet forårsaket av manglende blodtilførsel (Bertelsen, 2016, s. 326). Tilstanden har akutt debut, og rammer både fysisk, psykisk og sosialt, med konsekvenser for pasientens livsutfoldelse og livskvalitet (Wergeland et al., 2016, s. 303, 310). Livskvalitet handler om individets opplevelse av å ha det bra, og hva som er viktig for den enkelte (Fjørtoft, 2016, s. 51–52).

Selvfølelse handler om hvordan individet erfarer seg selv, og er tett knyttet til identitet, selvbilde og selvtillit. Man opplever seg som verdifull ved god selvfølelse. Selvfølelsen er gjennomgående og varig, og har en viss stabilitet, mens selvtilliten er situasjonsbetinget. Selvtillit varierer med mestringsopplevelser, og er troen et individ har på egen mestring. Identitet omhandler det som definerer mennesket, og kan være tilknyttet religion, kultur og aktiviteter (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 276). Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere ansvar for å ivareta pasientens verdighet og integritet, retten til medbestemmelse, samt utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Retten til medbestemmelse og informert samtykke stiller krav til samtykke ved helsehjelp, om det ikke foreligger annet gyldig rettsgrunnlag. Samtykke forutsetter at pasienten forstår og mottar tilstrekkelig informasjon (Molven, 2019, s. 176–177; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienten har rett til medvirkning i utøvd helsehjelp, gitt at helsehjelpen er tilgjengelig og forsvarlig. Pasienten kan eksempelvis medvirke i bestemmelse av behandlingsmetode. Pasientene kan selv velge hvor mye de ønsker å medvirke (Molven, 2019, s. 196; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Håp kan defineres som en positiv holdning eller forventning til fremtiden. Håp skaper utholdenhet i vanskelige situasjoner, og kan påvirkes av mot og valgmuligheter (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 50). Sentrale faktorer kan være tillit, relasjoner, følelser og verdier, og troen på seg selv og egne evner. Håpet kan komme innenfra, gjennom følelsesmessige reaksjoner, eller være knyttet til ytre omstendigheter. Fremtidsorientert håp kan påvirkes av sykdom eller skade. Fremgang stimulerer til håp og skaper grunnlag for motivasjon, mens stagnering kan medføre ensomhet og fortvilelse (Romsland et al., 2015, s. 129, 187). Sykepleieren har ansvar for å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, som kan bety støtte i rehabiliteringsprosessen (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Sosial støtte handler om opplevelsen av nære relasjoner, og kan praktiseres ved emosjonell, bekræftende, informerende eller praktisk støtte. Støtte er viktig for menneskers livskvalitet og opplevelse av mestring (Helsedirektoratet, 2021).

Motivasjon er faktorer som driver mennesket til å gjøre en innsats, eller utføre en handling. Motivasjonen gir grunnlag for valg og målsetting, og styres av drifter og behov. Mennesket forsøker å opprettholde stabilitet og likevekt. Avvik fører til automatisk kompensasjon gjennom ulike fysiologiske mekanismer. Dersom kroppens interne regulering mislykkes, vil stabilitetsbehovet drive mennesket til handling (Lazarus & Folkman, 1984, s. 7; Teigen, 2023).

Ifølge Lazarus og Folkman (1984) kan mestring defineres som skiftende kognitive, følelsesmessige og handlingsrettede forsøk på å håndtere indre og ytre utfordringer som oppleves å overskride ens ressurser. Mestring handler om hvordan mennesker møter

belastende livssituasjoner, eksempelvis sykdom. Tilgjengelige ressurser som kunnskap og ferdigheter, og evnen til å bruke disse kan bidra til mestring (Fjørtoft, 2016, s. 51–52; Tveiten, 2020, s. 22–23). Mestring er prosessorientert, og betegnes som innsatsen man gjør for å klare seg i møte med konflikter og krav. Å klare seg kan innebære å minimere, unngå, tolerere eller akseptere belastningen, så vel som å forsøke å overvinne den (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141–142; Tveiten, 2020, s. 22).

Stress er kroppens reaksjon på belastning eller forstyrrelse av noe meningsfullt, og kan være av fysisk eller psykisk karakter. Positivt psykisk stress driver personen til problemløsning, og gir mestring og selvutvikling. Ved negativt psykisk stress oppleves belastningen større enn personens kapasitet og ressurser, som over tid kan medføre stressreaksjoner som øker sårbarhet for sykdom og påvirke rehabiliteringsprosessen negativt (Stubberud et al., 2019, s. 30; Tveiten, 2020, s. 23). Mestringsstrategier kan bidra til å redusere stress.

Mestringsstrategier kan deles i problemorienterte- og følelsesorienterte mestringsstrategier. Problemorientert mestringsstrategi kjennetegnes ved at belastningen vurderes som håndterbar. Det innebærer å definere problemet, vurdere alternative løsninger og handle på bakgrunn av dette (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 48). Situasjonsbetinget problemløsning handler om å mestre press eller barrierer. Problemløsning relatert til selvet omhandler motivasjon og kognitive endringer, som skiftende pågangsmot og utvikling av nye holdninger og ferdigheter (Lazarus & Folkman, 1984, s. 152). Følelsesorientert strategi dreier seg om å redusere følelsesmessig ubehag. Forsøk på å endre situasjonens meningsinnhold kan bidra til økt kontroll (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 48). Alternative strategier kan være unngåelse, distraksjon, minimalisering eller å snu negative situasjoner til noe positivt (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150). Mestringsstrategier kan være ineffektive og øke stressnivået. Strategiene kan føre til selvbedrag og virkelighetsforvrengning, ved at man eksempelvis nekter å anerkjenne en vanskelig situasjon. Mestringsstrategien kan betegnes som en forsvarsmekanisme, hvor individet flykter fra utfordringene ved eksempelvis isolering eller fortrenning (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 48; Lazarus & Folkman, 1984, s. 151).

Eksistensielle utfordringer oppstår ved brudd på forventninger og ens forståelse av virkelighet, og kan eksempelvis forårsakes av sykdom. Eksistensielle spørsmål kan føre til behov for endret handlingsmønster, og være kilde til usikkerhet og uforutsigbarhet (Romsland et al., 2015, s. 125). Eksistensielle utfordringer inngår i opplevelsen av krise, hvor vanlige funksjoner endres eller settes ut av spill. Krisehåndtering handler om evnen til å håndtere stress eller katastrofer. Resiliens betegnes som ens motstandsdyktighet mot belastning (Romsland et al., 2015, s. 123–124).

Rehabilitering er tjenester som i samarbeid med pasienten jobber med opptrening eller tilpasning og mestring av pasientens nye tilværelse med nedsatt funksjonsevne. Formålet er å gjenvinne eller vedlikeholde funksjons- og mestringsevne, og sikre sosial- og samfunnsmessig deltakelse (Norsk Sykepleierforbund, 2023; Romsland et al., 2015, s. 11, 25). Personer med behov for psykososial og medisinsk rehabilitering skal tilbys tjenester som bidrar til motivasjon og likeverd. Tjenesten skal ta utgangspunkt i pasientperspektivet, og helst være i pasientens vante miljø (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, 2011).

Rehabiliteringsprosessen og funksjonsvanskene påvirkes av omgivelsene, som kan virke hemmende eller fremmende. Hindringer i miljøet kan hemme mulighetene for aktivitetsdeltakelse og virke inn på pasientens funksjonsnivå, eller fremmende ved at

pasienten våger å utfordre rehabiliteringsmålene sine. Et rehabiliterende miljø kan også handle om helsepersonellens tilnærming til pasienten. Involvering av profesjonelle hjelpere kan ha stor betydning for pasientens deltakelse og opplevelse av mestring (Romsland et al., 2015, s. 131).

Et hjem er et betydningsfullt sted, som skaper rammer for livet som leves. Det er et sted hvor vi skaper sammenheng i tilværelsen vår. Hjemmet symboliserer våre verdier, og er for de fleste privat og personlig, og representerer trygghet og identitet. Et trygt og tilrettelagt miljø kan stimulere til rehabilitering (Fjørtoft, 2016, s. 27; Romsland et al., 2015, s. 131). Hjemmet kan anses å ha flere aspekter, eksempelvis det materielle aspektet som handler om tingene man har, og kan fortelle mye om den enkeltes liv. Døgnyrtemen og dagliglivets struktur inngår i tidsaspektet, og det sosiale aspektet viser seg i nære relasjoner som omhandler familieliv, gjestfrihet og åpenhet (Fjørtoft, 2016, s. 28–30).

3 Metode

3.1 Beskrivelse av metode

Oppgaven er skrevet som et systematisk litteraturstudie, som ifølge Aveyard (2019) er en omfattende vitenskapelig undersøkelse og tolkning av litteratur relatert til et bestemt spørsmål, her problemstillingen. Problemstillingen er et egendefinert forskningsspørsmål som legger føringer for søk, datasamling, tolkning og analyse av relevant litteratur, og tilsvarende Evans (2003) "enhet for analyse" i synteseprosessen. Den første av fire faser i synteseprosessen omfatter innsamling av litteratur på bakgrunn av problemstillingen, som videre utgjør oppgavens datamateriale (Evans, 2003, s. 25). Vi har valgt å benytte denne tilnærmingen ved systematisk lokalisering og utvalg av relevant forskning.

Oppgaven baserer seg på et kvalitativt datamateriale. Hensikten med kvalitativ metode er å undersøke menneskelige erfaringer og sosiale fenomener, slik det oppleves for den enkelte, gjennom systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra eksempelvis samtale, observasjon eller skriftlig tekst (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2009). Et kvalitativt datamateriale ansees som egnet til valgt problemstilling, fordi problemstillingen omfatter opplevelsen av mestring fra et pasientperspektiv.

3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjon- og eksklusjonskriterier brukes for å fokusere studiens søkestrategi, og gjør det mulig å identifisere litteratur som er relevant for problemstillingen ved å presisere eller utelukke enkelte betingelser. Kriteriene er viktige for å kunne gjennomføre et grundig, avgrenset litteratursøk, hvor all tilgjengelig, relevant litteratur identifiseres uten at materialet blir manipulert (Aveyard, 2019, s. 73–74, 178).

Oppgavens inklusjon- og eksklusjonskriterier presenteres i følgende tabell:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Datering 2013 til 2023	Barn og unge
Forskningsartikler	Mestring i hjemmet mer enn et år etter gjennomgått slag
Begge kjønn	Sykepleie- og pårørendeperspektiv
Språk: Norsk, engelsk, svensk, dansk	
Pasientperspektiv	

Tabell 1: Inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Artiklene er fagfellevurdert. Det ble kontrollert ved individuelle søk i Oria.

3.3 Søkestrategi

For å samle relevante data ble det gjort et omfattende litteratursøk i CINAHL Complete. Basert på problemstillingen identifiserte vi følgende søkeord: Pasientopplevelse, slag, mestring, rehabilitering og hjemmet. Søkeordene ble oversatt til engelsk for å utvide litteratursøket, og det ble gjennomført flere prøvesøk for å identifisere mer egnede søkeord i valgt database. Bruk av "Suggest Subject Terms" og undersøkelse av abstract og nøkkelord i artiklene underveis, gjorde det lettere å finne presise søkeord. Søkeord som stroke, coping, psychological adaptation, rehabilitation, home nursing, home health care, at home og patient attitudes/ experience/ satisfaction/ perspective ble brukt i ulike kombinasjoner av emneord, nøkkelord og søkeord i tittel, abstract og subject. Det ble gjort søk med ubekreftet suffiks, eksempelvis rehabilitat*, for å utvide søket til artikler med flere bøyninger av enkelte søkeord. Detaljer fremgår i søketabellen.

Database/ Dato	Søk	Søkeord Emneord = MH Nøkkelord = "" Tittel = TI Abstract = AB Subject = SB Ubekreftet suffiks = * Psykososiale faktorer = /PF	Evt. avgrensning	Antall treff	Leste abstract (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
CINAHL Complete/ 12.04.23	S1	MH stroke OR "stroke"		144,298			
	S2	TI stroke OR AB stroke OR SU stroke		143,305			
	S3	S1 OR S2		145,983			
	S4	MH coping OR "coping"		72,665			
	S5	MH adaptation, psychological OR "adaptation, psychological"		42,441			
	S6	TI cope* OR AB cope* OR SU cope*		22,538			
	S7	TI psychological adaptation OR AB psychological adaptation OR SU psychological adaptation		35,514			
	S8	S4 OR S5 OR S6 OR S7		118,407			
	S9	MH rehabilitation OR "rehabilitation"		430,788			

	S10	TI rehabilitat* OR AB rehabilitat* OR SU rehabilitat*		208,540			
	S11	S9 OR S10		433,512			
	S12	MH home nursing OR "home nursing"		4,629			
	S13	MH home health care OR "home health care"		46,549			
	S14	TI ("home health" or "home care" or "at home" or "home nursing") OR AB ("home health" or "home care" or "at home" or "home nursing") OR SU ("home health" or "home care" or "at home" or "home nursing")		207,791			
	S15	S12 OR S13 OR S14		208,943			
	S16	MH patient attitudes OR "patient attitudes"		59,403			
	S17	MH stroke patients/PF OR "stroke patients"		20,181			
	S18	TI ("patient attitude" or "patient experience" or "patient satisfaction" or "patient perspective") OR AB ("patient attitude" or "patient experience" or "patient satisfaction" or "patient perspective") OR SU ("patient attitude" or "patient experience" or "patient satisfaction" or "patient perspective")		75,657			

	S19	S16 OR S17 OR S18		148,852			
	S20	S3 AND S8 AND S11 AND S15 AND S19	2013 - 2023, peer reviewed, research article, engelsk, norsk, svensk og dansk språk	22	22	14	<ol style="list-style-type: none"> 1. (Christiansen et al., 2021) 2. (Pereira et al., 2021) 3. (Sundin et al., 2018) 4. (Lou et al., 2017) 5. (Tse et al., 2022) 6. (Silva et al., 2016) 7. (Collins et al., 2016) 8. (Arntzen et al., 2015) 9. (Taule og Råheim, 2014)

Tabell 2: Søketabell.

3.4 Vurdering og utvelgelse av datamateriale

3.4.1 Vurdert og utelukket

Det endelige søket gav 22 treff. Titler og abstract ble undersøkt for å vurdere om artiklene var relevante for problemstillingen. Åtte artikler ble utelukket. Seks av disse ble utelukket fordi artiklene til tross for avgrensninger hadde sykepleie- og pårørendeperspektiver. Én grunnet særskilt fokus på svelgvansker.

Vi leste fjorten artikler, og utelukket ytterligere fem. To artikler ble vurdert som ikke relevante grunnet fokus på evaluering av intervensjoner, og tre grunnet uklare eller manglende pasientperspektiver.

3.4.2 Utvalgt datamateriale

Seks av ni resterende artikler har kun pasientperspektiver. Tre av artiklene har blandede perspektiver, hvor to belyser både pasient- og pårørendeperspektivet, mens den tredje også belyser sykepleieperspektivet. Grunnet multiperspektiv kan artiklene ansees som mindre gode, men artiklene gir et tydelig skille med konkrete eksempler og sitater fra hvert enkelt perspektiv (Aveyard, 2019, s. 134). Artiklene ble dermed vurdert som relevante for oppgaven.

Dette gav et datamateriale på ni artikler med pasientperspektiv, som sier noe om slagpasientens opplevelse av mestring eller håndtering i det vi forstår som rehabilitering i hjemmet. Vi har valgt å nummerere artiklene, slik det fremgår i Tabell 2: Søketabell og Tabell 4: Artikkelmatriks i kap. 3.3 og 4.1 for å få bedre oversikt over datamaterialet.

Artiklenes nummer benyttes ved omtale i kap. 3.4.3 Ethiske vurderinger og i Tabell 3: Oversiktstabell i kap. 3.5.

3.4.3 Ethiske vurderinger

I helsefaglig forskning er det krav til faglig forsvarlighet, som reguleres gjennom Helsinkideklarasjonen. Her vektlegges blant annet informert samtykke (Christoffersen et al., 2015, s. 43; Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2009). Formålet med deklarasjonen er å beskytte deltakere mot farer som følge av forskning (Christoffersen et al., 2015, s. 43).

Alle artiklene i denne oppgaven tar høyde for etiske vurderinger, og er tilsynelatende vurdert av lokale institutter eller forskningsetiske komitéer/nemnder. Enkelte artikler er også vurdert av et byrå eller en kommisjon for databeskyttelse. Artikkel nr. 1 og 4 er kun godkjent av et regionalt byrå for databeskyttelse, fordi kvalitative studier ikke er gjenstand for etisk klarering fra Dansk nasjonal komité for medisinsk forskningsetikk (Christiansen et al., 2021, s. 1193; Lou et al., 2017, s. 310). Implisitte indikasjoner i artiklene kan tyde på forsvarlig prosessering og publisering av personlige data, samt informert samtykke. I sum har artiklene gjennomgått etisk vurdering og fremstår som faglig forsvarlige.

3.5 Analyse

Første steg i analysen er kritisk vurdering av hver enkelt artikkel (Aveyard, 2019, s. 133). Evans (2003) vektlegger identifisering av nøkkelfunn gjennom repeterende lesing for å kartlegge datamaterialet. Neste steg er utvikling av temaer, som hentes ut fra artiklenes resultatdel. Sentrale nøkkelfunn sammenlignes og sammenstilles i overordnede kategorier. Kategoriene bearbeides til hoved- og subtemaer, som utgjør litteraturstudiets resultat (Aveyard, 2019, s. 137; Evans, 2003, s. 25).

For å identifisere nøkkelfunn leste vi artiklene og markerte fremtredende temaer i teksten med fargekoder og stikkord. Vi gjorde oss kjent med datamaterialet hver for oss. Videre utvekslet vi tanker om innhold og tema, samt forståelse for datamaterialet. Artiklene ble gjennomgått i fellesskap, og forsøkt strukturert i tankekart med nye fargekoder. Tankekartene gav en forenklet oversikt over hver artikkel, med eksempler på sentrale pasientutsagn. Tankekartene gjorde det lettere å identifisere temaer på tvers av artiklene. Fremtredende temaer ble markert og sammenlignet, og det ble laget en midlertidig kategorisering. Kategoriene ble sammenlignet med artiklenes egne temaer, for å kontrollere at meningsinnholdet samsvarte med datamaterialet. Dette resulterte i utviklingen av tre hovedtemaer: Støtte og nettverk, Hjemmet som arena for rehabilitering og Identitet.

Hvilke artikler som inngår i de ulike hovedtemaene fremgår av tabell 3. Her benyttes artiklenes nummerering, som forklart i kapittel 3.4.2 Utvalgt datamateriale.

Hovedtema	Artikler
Støtte og nettverk	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.
Hjemmet som arena for rehabilitering	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9.
Identitet	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

Tabell 3: Oversiktstabell, hovedtemaer og tilknyttede artikler.

Gjennom gruppering og bearbeidelse av innholdet i hovedtemaene, ble subtemaene identifisert. Avslutningsvis ble det laget en syntese av datamaterialet som presenteres i oppgavens resultatdel (Evans, 2003, s. 25).

4 Resultat

4.1 Artikkelmatrise

Tabell 4: Artikkelmatrise gir en forenklet oversikt over de ni artiklene i datamaterialet.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Key-words	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
1. Christiansen et al. (2021). Quickly home again: patients' experiences of early discharge after minor stroke. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 35(4), 1187–1195. https://doi.org/10.1111/scs.12937	Mål om å utforske hvordan pasienter med mindre hjerneslag opplever overgangsprioden fra sykehus, gjennom de første 2–4 ukene etter en akselerert omsorgsvei, med utskrivning innen 72 timer etter hjerneslag.	minor stroke, patient experience, early discharge, home rehabilitation, qualitative research, transition	En kvalitativ studie bestående av semistrukturerte intervjuer med 11 pasienter med førstegangsslag 2–4 uker etter utskrivning.	Pasientene hadde vanskelig for å identifisere seg som slagpasienter, og strebet etter å finne en ny hverdag. Pasientene ble utfordret av eksistensielle bekymringer, mental tretthet og frykt for nytt hjerneslag. Pasientene uttrykte et behov for støtte og samtale med helsepersonell, og søkte etter andre med lignende problemer for å finne en ny følelse av selvtillit.	Studien har et pasientperspektiv som belyser slagpasientens opplevelse av hverdagsmessing etter tidlig utskrivelse, som er relevant for vår problemstilling.
2. Pereira et al. (2021). From recovery to regaining control of life - the perspectives of people with stroke, their carers and health professionals. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 43(20), 2897–2908. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1722263	Forstå hvordan personer med hjerneslag og omsorgspersoner tilpasser seg over tid, og hvordan helsepersonell støtter overgangen til hjemmet.	stroke, caregivers, family, adaptation, psychological, goals, qualitative research	En multi-perspektiv, prospektiv, kvalitativ, longitudinell studie. Utført ved bruk av dybde-semistrukturerte intervjuer én og seks måneder etter utskrivning. Tjuefire deltakere (åtte triader, inkludert personer med hjerneslag, omsorgspersoner og helsepersonell) ble inkludert. Tematisk og narrativ analyse gjorde det lettere å identifisere tverrgående temaer i henhold til individuelle veier etter slag.	Funn tyder på viktigheten av et dyadisk perspektiv og en gradvis økning av personer med hjerneslag og omsorgspersoners aktive engasjement. Profesjonell tilnærming gjennom rehabiliteringen bør modifieres i henhold til personer med hjerneslag og omsorgspersoners endrede behov og forventninger.	Studien har et blandet perspektiv som i noen grad belyser slagpasientens opplevelse av hverdagsmessing i hjemmet. Studien kan også gi et supplement til vår forståelse av konsekvens for sykepleie i henhold til problemstillingen vår.

<p>3. Sundin et al. (2018). Envisioning the future as expressed within family health conversations by families of persons suffering from stroke. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 32(2), 707–714. https://doi.org/10.1111/scs.12501</p>	<p>Belyse hva personer med hjerneslag og deres familiemedlemmer snakker om i <i>Family Health Conversations</i> (FamHC) med fokus på fremtiden, og hvordan sykepleiere som leder disse samtaler oppfatter familienes fremtid fremstilt i avsluttende skriv basert på disse samtaler.</p>	<p>cerebrovascular disorder, closing letters, family health conversations, family nursing, future, relatives, suffering, stroke.</p>	<p>Syv familier med et medlem ≤ 65 år som har fått hjerneslag deltok i FamHC i hjemmet etter at personen med hjerneslag ble skrevet ut fra rehabiliteringsklinikk. FamHC består av en serie på tre samtaler gjennomført annenhver uke, og et skriv sendt av sykepleier til familien for å avslutte serien. I denne studien ble de tredje samtaler tatt opp. Opptakene og sluttskrivene ble transkribert og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>Familiemedlemmene, inkludert personene med hjerneslag, var i stand til å fortelle sine historier og uttrykke følelser, bekymringer, tap, håp og ønsker for fremtiden i familiehelsesamtalen. Støtte i familien ble fremhevet som avgjørende for tilfredsstillende håndtering av fremtidige situasjoner. Funnene synliggjør behovet for mer utbredt bruk av familiesamtaler for å støtte slagpasienter og deres pårørende, og for å gjøre dem i stand til å håndtere fremtiden.</p>	<p>Studien har et blandet perspektiv som i noen grad belyser slagpasientens opplevelser, håp og ønsker for fremtiden, som kan være avgjørende for tilfredsstillende mestring av situasjoner i hjemmet. Dette ansees som relevant for problemstillingen vår. Studien kan også gi et supplement til vår forståelse av konsekvens for sykepleie i henhold til problemstillingen.</p>
<p>4. Lou et al. (2017). Early supported discharge following mild stroke: a qualitative study of patients' and their partners' experiences of rehabilitation at home. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 31(2), 302–311. https://doi.org/10.1111/scs.12347</p>	<p>Undersøke hvordan slagpasienter med mindre hjerneslag og deres partnere erfarer og håndterer hverdagen i hjemmet etter tidlig, støttet utskrivelse.</p>	<p>stroke, early supported discharge, disruption, home rehabilitation, qualitative research.</p>	<p>Gjennomført kvalitative intervjuer med et hensiktsmessig utvalg av 22 pasienter med tidlig, støttet utskrivelse og 18 partnere. Intervjuer ble utført 3–6 uker etter hjerneslag, og vi brukte tematisk analyse for å analysere dataene.</p>	<p>Pasientene beskrev hjemmet som et trøstende og rolig, meningsfylt sted for restitusjon og tilpasning til hverdagen. Pasienter med partnere håpet på full tilfriskning, pga. mindre svekkelser. Profesjonell sikkerhet involverte det høyt verdsatte slagteamet som en tilgjengelig ressurs. Tidlig, støttet utskrivelse ble opplevd som et meningsfullt og tilstrekkelig rehabiliteringstilbud som tillot pasienter og partnere å gjenoppfinne og gjenoppbygge sin flyt i hverdagen ved i fellesskap å justere rutiner, aktiviteter og deres forhold.</p>	<p>Studien har et blandet perspektiv som i noen grad belyser hvordan slagpasienten erfarer og mestrer rehabilitering i hjemmet etter tidlig utskrivelse med støtte fra helsevesenet. Dette ansees som relevant for vår problemstilling.</p>

<p>5. Tse et al. (2022). Understanding activity participation 3-months after stroke: a mixed methodology study. <i>Disability and Rehabilitation</i>, 44(12), 2868–2878. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1849429</p>	<p>Undersøke slagpasienters aktivitetsdeltakelse 3 måneder etter hjerneslag, årsaker til aktivitetsdeltakelse og endring i årsaker til aktivitetsdeltakelse.</p>	<p>stroke, social participation, human activities, adaptation, occupation, rehabilitation.</p>	<p>Tretti slagpasienter fikk tildelt aktivitetskortet <i>Sort-Australia</i> samtidig med et semistrukturert intervju om deres aktivitetsdeltakelse. Data ble analysert ved hjelp av beskrivende statistikk og spiral innholdsanalyse.</p>	<p>96% tilbakegang til fritids- og husholdningsaktiviteter etter 3 mnd. Pasientene beholdt mer stillesittende og hjemmebaserte aktiviteter, og færre fysisk krevende og samfunnsbaserte aktiviteter. En kombinasjon av å oppfylle personlige ønsker i henhold til fysisk, mental og emosjonell kapasitet; sosiale, organisatoriske og fysiske miljøkrav og forpliktelser; og rutiner, tilgjengelig tid og fremtidsplaner, la grunnlaget for full aktivitetsdeltakelse. Funnet viser slagpasienter i en dynamisk tilpasningsprosess for å synkronisere personlige, miljømessige og tidsmessige dimensjoner i hverdagslivet.</p>	<p>Studien har et pasientperspektiv som belyser slagpasienters årsaker til, og årsaker til endring i aktivitetsdeltakelse tre måneder etter slag. I aktivitetsdeltakelse inngår eksempelvis fritids- og husholdningsaktiviteter. Vi anser denne artikkelen som relevant, da vi tolker husholdningsaktiviteter som en del av det vi forstår som rehabilitering. Artikkelen tar for seg hvordan pasienten mestrer meningsfulle aktiviteter.</p>
<p>6. Silva et al. (2016). Survivors' perspective of life after stroke. <i>Revista Eletrônica de Enfermagem Órgão Da Faculdade de Enfermagem Da Universidade Federal de Goiás</i>, 18. https://doi.org/10.5216/ree.v18.34620</p>	<p>Målet med denne fortolkende kasusstudien var å forstå betydningen av opplevelsen av sykdom fra perspektivet til åtte overlevende slagpasienter.</p>	<p>stroke, rehabilitering, kvalitative research, chronic disease, patient-centered care.</p>	<p>Data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte intervjuer og kvalitativ tematisk analyse.</p>	<p>Resultatene av studien tyder på et behov for å styrke helseutdanningen på prediktive symptomer på hjerneslag og øke bevisstheten om virkningene av denne sykdommen på livet til overlevende. Det er behov for tverrfaglige helseteam for å oppmuntre til proaktivitet hos overlevendes familie medlemmer.</p>	<p>Studien har et pasientperspektiv som belyser slagpasientens opplevelse av livet og en endret hverdag etter slag, som er relevant for vår problemstilling.</p>

<p>7. Collins et al. (2016). An exploration of the experience of early supported discharge from the perspective of stroke survivors. <i>International Journal of Therapy And Rehabilitation</i>, 23(5), 207–214.</p>	<p>Utforske opplevelsen av tidlig støttet utskrivning fra perspektivet til slagoverlevende i Irland.</p>	<p>interpretative phenomenology, interviews, ireland, rehabilitering, stroke</p>	<p>Et kvalitativt forskningsdesign ble brukt. Deltakerne (n=4) ble målrettet valgt ut, og hver hadde gjennomgått tidlig støttet utskrivning. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med hver av individene, og ble deretter analysert ved hjelp av tolkningsfenomenologisk analyse.</p>	<p>To overordnede temaer: "Å komme seg ut og videre" og "Forståelser og misforståelser". Deltakerne rapporterte positive erfaringer med tidlig støttet utskrivelse, men opplevde også angst og usikkerhet angående evnen til å klare seg hjemme etter hjerneslag. Helsepersonell må sikre tilstrekkelig informasjon om tidlig utskrivelse til pasient og pårørende.</p>	<p>Studien har et pasientperspektiv og belyser slagpasientens opplevelse av mestring i hjemmet etter tidlig utskrivelse, som er relevant for vår problemstilling.</p>
<p>8. Arntzen et al. (2015). Body, participation and self transformations during and after inpatient stroke rehabilitation. <i>Scandinavian Journal of Disability Research</i> : SJDR, 17(4), 300–320. https://doi.org/10.1080/15017419.2013.868823</p>	<p>Målet er å utvikle en dypere forståelse av hvordan det dynamiske fenomenet kropp, deltakelse i hverdagen og selvfølelse henger sammen og endres gjennom slagoverleveres bevegelse i og mellom de to kontekstene og hva dette fenomenet betyr for slagoverleveres endringsprosess og velvære. være i den tidlige rehabiliteringsbanen.</p>	<p>stroke, embodiment, discharge from rehabilitation unit, participation in everyday life, sense of self</p>	<p>Det ble gjennomført gjentatte, retrospektive, dybdeintervjuer med ni personer som lever med moderat funksjonsnedsettelse etter hjerneslag og deres nærmeste pårørende. Fenomenologiske og kritiske psykologiske konsepter brukes for å analysere dataene.</p>	<p>Opphold på institusjon kan være viktig for opplevelse av trygghet i tidlig fase. Å ta del i en institusjonell rehabiliteringskontekst gjør slagpasienter i stand til å optimalisere fokus, energi og håp om fysisk restitusjon. Samtidig utsettes følelser av usikkerhet, sorg og refleksjon over ens egen situasjon. Hjemkomsten fremstår som en kritisk rehabiliteringsfase, fordi oppfatning av kroppen, deltakelse i hverdagen og selvfølelsen gjennomgår dyptgripende endringer. Studien understreker viktigheten av å utvide faglig initiativ, og vie oppmerksomhet til perioden etter utskrivelse allerede under institusjonsopphold.</p>	<p>Studien har et pasientperspektiv, og omhandler slagpasienters oppfatning av egen kropp, deltakelse i hverdagen og følelse av selvtilit, og belyser at disse fenomenene kan endre seg under deltakelsen i rehabiliteringsopphold på sykehus. Denne artikkelen kan anses som relevant til problemstillingen, da den sier noe om hvordan rehabiliteringsoppholdet setter grunnlaget for videre opplevelse av mestring i hjemmet.</p>

<p>9. Taule & Råheim. (2014). Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6-8 months after mild stroke. <i>Disability and Rehabilitation</i>, 36(25), 2107–2119. https://doi.org/10.3109/09638288.2014.904448</p>	<p>Utforske erfaringer fra pasienter med mild grad av slag i sammenheng med tidlig utskrivning. Betydningen pasienter tilskrev aktiviteter og deltakelse i hjemmerestitusjonsprosessen var av hovedinteresse.</p>	<p>Activity, coping, early supported discharge, participation, stroke</p>	<p>Åtte deltakere (45–80 år) fra en randomisert kontrollert studie ble valgt ut til denne delstudien. Utvalget hadde mottatt rehabilitering i hjemmene sine i den akutte fasen av tilfriskning etter slag som en del av den større studien. Omfattende intervjudata ble analysert ved hjelp av en tolkningsstrategi og systematisk tekstkondensering. Mestringsteori ble inkludert i senere analyser</p>	<p>Historiene til de overlevende med mildt slag avslørte at livet hadde endret seg. Opplevde endringer var knyttet til: Selvpålevd helse, kropp, praktiske aktiviteter, deltakelse i samfunnet og selvpåfatning. Funnene viste hvordan livet endret seg, opplevelse av utfordringer og tanker om fremtiden. Rehabiliteringen bør stryke fokus på grunnleggende bekymringer knyttet til selvpålevd helse, selvpåfatning og kropp, ettersom dimensjonene ser ut til å komplisere daglige aktiviteter og nære relasjoner. Fagfolk bør også være oppmerksomme og identifisere rehabiliteringsbehov, som fortsatt kan være tilstede 6–8 måneder etter hjerneslaget.</p>	<p>Studien har et pasientperspektiv og utforsker opplevelser og erfaringer til pasienter med mild grad av slag med tidlig utskrivning til hjemmet. Studien anses som relevant, da den belyser betydningen av hvordan pasientene mestrer aktiviteter og deltakelse i hjemmerestitusjonsprosessen, som kan anses som en del av hjemmerehabilitering.</p>
--	---	---	--	--	--

Tabell 4: Artikkelmatrikse.

4.2 Presentasjon av resultat

4.2.1 Støtte og nettverk

Støtte og nettverk er delt i to subkategorier som skiller sosial- og profesjonell støtte.

4.2.1.1 Nære relasjoner: Familie og venner

Sosiale interaksjoner var viktig for opplevelsen av trygghet og håp (Arntzen et al., 2015, s. 308–311; Christiansen et al., 2021, s. 1189–1192; Lou et al., 2017, s. 306–308; Pereira et al., 2021, s. 2901–2904; Silva et al., 2016, s. 4–5; Sundin et al., 2018, s. 709–710). Ifølge Sundin et al. (2018) var pasientene tilfreds med opplevd støtte i samvær med barna. Samværet bidro til verdiskaping og innholdsrike dager. Utenom familien, var nære venner viktige støttespillere og kilder til oppmuntring i rehabiliteringsfasen (Sundin et al., 2018, s. 710).

“But M... (an old friend) gives me a kick in the ass, she dares to say more than others and she is a lot more demanding. I have to respect her, we have been friends since we were nine years old” (Sundin et al., 2018, s. 710).

Andre lengtet etter sosiale nettverk knyttet til arbeidsplassen eller sosiale aktiviteter (Sundin et al., 2018, s. 710; Tse et al., 2022, s. 2871). Noen pasientgrupper brukte savnet som en motivasjon til aktivisering (Sundin et al., 2018, s. 710).

Pasient og pårørende fikk felles forståelse for pasientens behov gjennom gjensidig støtte. Gjensidig støtte og kjærlighet gav motivasjon til mestring. Støtte i rehabiliteringsprosessen reduserte ensomhet (Pereira et al., 2021, s. 2903). Ifølge Lou et al. (2017) opplevde deltakerne trygghet i hjemmerehabilitering ved tidlig utskrivelse når de delte hjemmet med noen. Pasientene anså partnerne som anker i hverdagen. Partnerne var noen å betro seg til på tunge dager, som også våget å si fra eller sette grenser (Lou et al., 2017, s. 306–307).

Støtte i dagligdagse aktiviteter kunne være en ressurs og styrke familierelasjoner, men også en kilde til usikkerhet (Christiansen et al., 2021, s. 1191; Silva et al., 2016, s. 4–5). Både nærvær og fravær av sosiale relasjoner kunne oppleves hemmende (Lou et al., 2017, s. 306; Pereira et al., 2021, s. 2902; Taule & Råheim, 2014, s. 2116). Overdreven omsorg og reaksjoner på sykdommen kunne kreve mye energi og eksempelvis føre til isolering eller unngåelse (Christiansen et al., 2021, s. 1191). “My husband is... blah, blah, blah (mentioning that he talks a lot; [...] He is always: ‘you have to-to do this’, or ‘say that’; ‘But, you don’t talk, why don’t you talk?’ [...]” (Pereira et al., 2021, s. 2902).

4.2.1.2 Profesjonell støtte

Pasientene følte seg ivaretatt gjennom støtte fra helsepersonell i team eller støttegrupper (Arntzen et al., 2015; Christiansen et al., 2021, s. 1190–1192; Collins et al., 2016, s. 212; Lou et al., 2017, s. 307–308; Pereira et al., 2021, s. 2901–2903; Silva et al., 2016, s. 5). Noen vurderte helsepersonellet som tilgjengelig for råd og støtte, eller samvalg (Christiansen et al., 2021, s. 1190; Lou et al., 2017, s. 308). Helsepersonell kunne på lik linje med partneren, være noen å betro seg til. Tilliten skapte produktivitet og motivasjon. Støtte og oppmuntring til å se positivt på utfordringer var en mestringsressurs som bidro til at pasientene over tid gjenvant kontroll over rehabiliteringsprosessen (Pereira et al., 2021, s. 2901–2904).

Overgangen til hjemmet ble håndterlig når pasientene fikk oppfølging hjemme, og skreddersydd informasjon og råd ble verdsatt (Collins et al., 2016, s. 212; Lou et al., 2017, s. 307). Helsepersonellet kunne bidra til å normalisere pasientens situasjon: “Just knowing that what you’re going through is normal... for your situation. That means the world. Because then you are not taken by surprise [...]” (Lou et al., 2017, s. 308). Normalisering gjennom kontakt med andre i samme situasjon var ønskelig (Christiansen et al., 2021, s. 1192).

Noen pasienter opplevde fravær og lengsel etter støtte (Arntzen et al., 2015, s. 313–314; Christiansen et al., 2021, s. 1190–1191; Pereira et al., 2021, s. 2903; Silva et al., 2016, s. 4). Pasientene følte seg oversett ved utilstrekkelig informasjon eller manglende svar (Arntzen et al., 2015, s. 131–314; Christiansen et al., 2021, s. 1190–1191; Silva et al., 2016, s. 4). Noen følte seg alene med problemene sine (Christiansen et al., 2021, s. 1190). Sosial støtte i hjemmet til forskjell fra institusjon, kunne oppleves overveldende (Arntzen et al., 2015, s. 313–314).

4.2.2 Hjemmet som arena for rehabilitering

Hjemmet som rehabiliteringsarena skiller mellom omgivelser og aktiviteter i nærmiljøet.

4.2.2.1 Omgivelser

I motsetning til den upersonlige atmosfæren på sykehuset, ble hjemmet beskrevet som avslappet, kjent og personlig. Et sted hvor tid og miljø var strukturert etter egne behov og preferanser (Collins et al., 2016, s. 211; Lou et al., 2017, s. 306). “[...] Being in your own environment means a lot. You are free to go for a walk or something. When it suits you” (Lou et al., 2017, s. 306). Pasientene følte seg trygge hjemme og i nærmiljøet, som bidro til at mestringsevnen og kapasiteten til rehabilitering ble bedre. Tryggheten styrket empowerment hos pasienten, og genererte positive følelser som gjorde at pasientene så frem til å trene (Collins et al., 2016, s. 211; Sundin et al., 2018, s. 709). Hjemmetrening opplevdes meningsfullt og verdifullt, fordi det maksimerte relevansen av rehabiliteringen og stimulerte pasientene til å returnere til kjente rutiner (Collins et al., 2016, s. 211).

Pasientene forsøkte å etablere en ny hverdag ved å teste grenser og tilpasse rutiner, samt lage rom for utfordringene knyttet til slaget (Christiansen et al., 2021, s. 1189; Lou et al., 2017, s. 306–307; Taule & Råheim, 2014, s. 2114). “Walking up and down the gym in the hospital is great but it’s not walking to the different levels of my floor in my home” (Collins et al., 2016, s. 211). Hjelpemidler bidro til trygghet og gjenvinning av funksjon (Sundin et al., 2018, s. 710). Aktiviteter som pasientene kunne utføre var kilde til håp og motivasjon, men hjemmet kunne også minne om tapte funksjoner (Lou et al., 2017, s. 306). “I’ve lost some skills I had to catch up on, things that you took for granted, before it happend I’ve known how to do it my whole life, and now I have to learn it all over again” (Taule & Råheim, 2014, s. 2114).

Pasientene opplevde rehabiliteringstjenesten som skreddersydd og personlig (Collins et al., 2016, s. 211; Lou et al., 2017, s. 307; Pereira et al., 2021, s. 2902). “At home, with their coming here, I felt I was an individual, it was especially for me... that kind of feeling it wasn’t like I was a number in the hospital, I was somebody[...]” (Collins et al., 2016, s. 212). Et fåtall opplevde at rehabiliteringsbehovet ikke ble dekket (Christiansen et al., 2021, s. 1190; Lou et al., 2017, s. 307; Silva et al., 2016, s. 5).

4.2.2.2 Aktiviteter i nærmiljøet

Pasientene engasjerte seg i aktiviteter, fordi de var morsomme og meningsfulle; “[...] because I love them, I’ve done them all my life and I enjoy them as much as I did when I was younger” (Tse et al., 2022, s. 2871). Deltakelsen utløste følelser som fornøyelse, tilfredsstillelse og motivasjon, og bidro til opprettholdelse av identitet og funksjon (Taule & Råheim, 2014, s. 2114; Tse et al., 2022, s. 2871). Negative følelser knyttet til stress og frykt for et nytt slag hindret aktivitetsdeltakelse (Tse et al., 2022, s. 2873).

Plikt knyttet til pasientens rolle i det sosiale miljøet fremmet aktivitetsdeltakelse. Tidfestede aktiviteter og rutiner, som trening og sosiale samlinger, gav deltakerne en struktur som kunne bidra til å organisere dagliglivet. Samtidig tok det mer tid å initiere og fullføre en oppgave, som betød at nødvendige eller ønskelige oppgaver ikke alltid ble fullført. Det kunne være kilde til uforutsigbarhet og frustrasjon (Taule & Råheim, 2014, s. 2114; Tse et al., 2022, s. 2872).

Fysisk og kognitiv kapasitet regulerte aktivitetsdeltakelse. Selv om pasientene var selvstendige, uttrykte de begrensninger knyttet til oppgaver som å knyte sko. Det bevisstgjorde behovet for mindre krevende arbeidsoppgaver, som medførte tilbaketrekning (Christiansen et al., 2021, s. 1190; Taule & Råheim, 2014, s. 2113). “[...]”

I used to go to the football a lot but I'd sooner sit and watch it on television in my own leisure. It's too much. It knocks me around too much. I'm not interested anymore [...]" (Tse et al., 2022, s. 2873). Grad og omfang av utmattelse påvirket pasientene mest (Christiansen et al., 2021, s. 1190). "I usually have a good memory (...) and I am good at managing things. Actually, I only had to unload the dishwasher and there were absolutely too many things to handle" (Christiansen et al., 2021, s. 1190). Aktiviteter ble regulert av restriksjoner, som avhengighet av transport, hvor aktivitetsdeltakelsen måtte tilpasses sjåførens timeplan (Christiansen et al., 2021, s. 1189–1190; Tse et al., 2022, s. 2873). Å være selvstendig bidro til en følelse av frihet (Taule & Råheim, 2014, s. 2115).

4.2.3 Identitet

Identitet skiller mellom subtemaene livsstilsendring og selvoppfatning. Returen hjem og tiden etterpå representerer en kritisk, sårbar og ufullstendig livsfase som forstyrret opplevelsen av trygghet tilknyttet kroppen og selvet (Arntzen et al., 2015, s. 314).

4.2.3.1 Livsstilsendring

Slaget fremprovoserte redsel og håpløshet, og utfordret mestringsevnen (Christiansen et al., 2021, s. 1190; Pereira et al., 2021, s. 2901; Silva et al., 2016, s. 3). "And when you find yourself home here, and even if you haven't had a stroke, even if you've just gone in for an appendix, coming from hospital is a huge psychological step for everybody [...]" (Collins et al., 2016, s. 210).

Et fåtall anså situasjonen som en mulighet til å endre livssituasjonen (Taule & Råheim, 2014, s. 2114).

"It is really the feeling of being in a bubble. The roads are kind of closed for a while, and I am here in my roundabout. I must figure out how to make new roads out of that roundabout. [...] Is there a future? I know there is, of course. I just need to find it" (Christiansen et al., 2021, s. 1191).

Målet om å gjenvinne livet før slaget, ble justert til å gjenvinne kontroll over livet etter slaget. Begge målene var kilde til styrke og motivasjon, men sistnevnte ble ansett som mer håndterbart (Christiansen et al., 2021, s. 1191; Pereira et al., 2021, s. 2904). Pasientene tilegnet seg kontroll ved å tilpasse mål og prioriteringer, og endre definisjonen på hva som var viktig (Pereira et al., 2021, s. 2904). Håp gjorde det lettere å anerkjenne begrensninger og justere forventninger og strategier. Pasientene vekslet mellom håp og mismot (Taule & Råheim, 2014, s. 2114–2115). Pasienter som mente de levde en sunn livsstil, følte de ikke kunne gjort noe annerledes (Christiansen et al., 2021, s. 1191).

Positiv holdning gav økt utbytte av rehabiliteringsprogrammet. Indre styrke og synet på hindringer som positive utfordringer, gjorde deltakerne i stand til å håndtere belastning og tilbakeslag (Collins et al., 2016, s. 210; Taule & Råheim, 2014, s. 2113). Hverdagen var preget av gradvis forbedring, men også stagnering (Taule & Råheim, 2014, s. 2111–2112). Tap av meningsfulle aktiviteter og kjente miljøer var en trussel mot pasientens selvfølelse, selvstendighet og habilitet (Arntzen et al., 2015, s. 317; Tse et al., 2022, s. 2871, 2873). For yrkesaktive bidro arbeidsmiljøet til en opprettholdelse av identitet. Ikke-yrkesaktive oppsøkte andre stimulerende miljøer (Christiansen et al., 2021, s. 1189; Lou et al., 2017, s. 307; Tse et al., 2022, s. 2873).

4.2.3.2 Selvoppfatning

Pasientene opplevde kroppsbaserte restriksjoner knyttet til selvtillit og kontroll over fysiske funksjoner, samt redusert mental kapasitet og endret følelsesliv. Kroppsbaserte restriksjoner som smerter eller utmattelse, endret daglige aktiviteter og truet kroppsoppfatning, eksistens og autonomi (Silva et al., 2016, s. 5; Taule & Råheim, 2014, s. 2112–2113). Redusert mental kapasitet var kilde til sorg og lengsel, følelsen av å mislykkes, skyldfølelse og håpløshet (Taule & Råheim, 2014, s. 2114).

Ønsket om å være god nok påvirket pasientenes selvoppfatning, og manglende selvtillit kunne medføre tilbaketrekking (Pereira et al., 2021, s. 2903; Taule & Råheim, 2014, s. 2115; Tse et al., 2022, s. 2872). Selvoppfatning og selvtillit var nært knyttet til hjelpebehov versus selvstendighet, og andres oppfatninger (Taule & Råheim, 2014, s. 2115–2116). Pasientene fryktet stagnering og varige funksjonstap, fordi de var redde for å bli avhengige av hjelp; “[...] will I have to stay like this forever? Like this? Depending on [others]?” (Silva et al., 2016, s. 4). Pasientene følte seg til bry, som påvirket selvtilliten negativt (Christiansen et al., 2021, s. 1191–1192; Taule & Råheim, 2014, s. 2116). Å være nyttig var derimot en kilde til glede og motivasjon (Sundin et al., 2018, s. 710; Taule & Råheim, 2014, s. 2114).

5 Diskusjon

I diskusjonskapittelet drøftes sentrale funn som kan belyse problemstillingen.

5.1 Diskusjon av resultat

Sosial støtte er viktig for livskvalitet og opplevelse av mestring (Helsedirektoratet, 2021). Pasientene opplevde emosjonell- og bekreftende støtte fra pårørende ved gjensidig kjærlighet, omsorgsfull grensesetting og ved å ha en fortrolig (Helsedirektoratet, 2021; Lou et al., 2017, s. 306–307; Pereira et al., 2021, s. 2903; Sundin et al., 2018, s. 710). Oppmuntringen, håpet og tilfredsheten bidro til mestring (Lou et al., 2017, s. 306–307; Pereira et al., 2021, s. 2903; Sundin et al., 2018, s. 710). Positive erfaringer med å bruke pårørende som ressurs, gav pasientene motivasjon til å mestre livssituasjonen (Pereira et al., 2021, s. 2903). Eksempler på dette er pasienten som fikk et spark bak av en venninne, eller foreldre som opplevde det som meningsfylt å tilbringe tid med barna (Sundin et al., 2018, s. 710).

Motsatt kunne pasientene oppleve nære relasjoner som energikrevende og hemmende. Pasientene valgte å isolere seg for å unngå reaksjoner og potensielle konfrontasjoner (Christiansen et al., 2021, s. 1191; Lou et al., 2017, s. 306; Pereira et al., 2021, s. 2902; Taule & Råheim, 2014, s. 2116). Det kan tenkes at pasientgruppen opplevde stress i møte med krevende, hensynsløse eller overbeskyttende pårørende, som illustrert i sitatet om ektemannen som prater og kommanderer (Pereira et al., 2021, s. 2902; Tveiten, 2020, s. 22–23). Det svekket trolig mestringsopplevelsen.

Gjennom sosial tilbaketrekking, som isolasjon, forsøker pasientene å opprettholde stabilitet ved å begrense utfordringer. Det kan tenkes å være en følelsesorientert mestringsstrategi (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 48). Strategien eller forsvarsmekanismen gjør situasjonen håndterbar i øyeblikket, men ettersom utfordringene ikke bearbeides, kan det tenkes at relasjoner og sosialt samvær, eller fravær av disse, på sikt øker stressnivået ytterligere (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 48; Lazarus & Folkman, 1984, s. 151). Pasienter vil trolig være mer utsatt for utviklig av sykdommer som angst og depresjon, som følge av negativt stress (Stubberud et al., 2019, s. 30; Tveiten, 2020, s. 23).

Støtte reduserte ensomhet, og det var trygt å ha noen å komme hjem til (Lou et al., 2017, s. 306–307; Pereira et al., 2021, s. 2903). Pasienter uten pårørende søkte støtte utenfor hjemmet, og brukte savnet etter sosiale relasjoner som motivasjon for aktivisering (Sundin et al., 2018, s. 710; Tse et al., 2022, s. 2871). Det bidro til mestring og økt livskvalitet (Helsedirektoratet, 2021). Det kan tenkes at pasientene som oppsøker sosial støtte, har evne til å bruke ressursene sine på en hensiktsmessig måte, men at innsatsen krever en viss motivasjon og selvtillit (Fjørtoft, 2016, s. 51–52; Tveiten, 2020, s. 22–23). Pasienten må antagelig våge å fremstå sårbar og risikere sosial avvisning.

Pasientene opplevde tiden etter slaget som en livskrise. Resiliens er en sentral faktor i krisehåndtering (Arntzen et al., 2015, s. 314–315; Romsland et al., 2015, s. 123–124). Ved å ha en positiv holdning til endret livsstil, viste pasienten som beskrev livssituasjonen sin som å være i en boble og en rundkjøring, at hun var motstandsdyktig overfor belastning (Christiansen et al., 2021, s. 1191; Romsland et al., 2015, s. 123–

124). Det kan tenkes at pasienten brukte en innoverrettet problemorientert mestringsstrategi, hvor vedkommende utviklet holdninger og evner som gjorde at situasjonen ble vurdert som håndterbar (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 48; Lazarus & Folkman, 1984, s. 152). Samtidig kan det tenkes at pasientene stod overfor store påkjenninger etter slaget, som utfordret evnen til å mobilisere tilgjengelige ressurser og hemmet mestring (Fjørtoft, 2016, s. 51–52; Tveiten, 2020, s. 22–23). Pasientene kunne da veksle mellom håp og mismot (Taule & Råheim, 2014, s. 2114–2115).

Stagning i rehabiliteringsprosessen kunne forekomme ved opplevd mismot. Pasientene opplevde eksistensielle utfordringer som følge av kroppsbaserte restriksjoner, redusert mental kapasitet og endret følelsesliv (Silva et al., 2016, s. 5; Taule & Råheim, 2014, s. 2111–2113). Opplevelsen truet selvfølelsen, og var kilde til usikkerhet og uforutsigbarhet (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 276; Romsland et al., 2015, s. 125). Fortvilelsen kan gjenspeiles i pasientenes opplevelse av å være avhengig av andre og føle seg til bry. Det påvirket selvtilliten negativt (Christiansen et al., 2021, s. 1191–1192; Taule & Råheim, 2014, s. 2116). Selvtillit kan tenkes å være knyttet til pasientens opplevelse av progresjon. Pasientene opplevde mestringstro, håp og motivasjon ved progresjon, mens stagning gav en følelse av å være utilstrekkelig og mislykket (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 276; Silva et al., 2016, s. 4–5; Taule & Råheim, 2014, s. 2111–2115). Det kan tenkes at pasientgruppen som opplevde stagning kunne hatt behov for ekstra støtte i rehabiliteringsprosessen.

Manglende sosial støtte i en kriseopplevelse kan trolig føre til utrygghet, ensomhet eller en følelse av å være overlatt til seg selv. Et eksempel på dette er pasientene som hadde vanskelig for å tilpasse seg overgangen fra tett oppfølging i institusjon, til å klare seg selvstendig hjemme (Arntzen et al., 2015, s. 314). Profesjonell støtte fra eksempelvis hjemmetjeneste eller slagteam, var viktig for pasientenes opplevelse av å bli ivaretatt (Arntzen et al., 2015; Christiansen et al., 2021, s. 1190–1192; Collins et al., 2016, s. 212; Lou et al., 2017, s. 307–308; Pereira et al., 2021, s. 2901–2903; Silva et al., 2016, s. 5). Overgangen kunne oppleves overveldende og uhåndterbar, og kreve mer ressurser enn pasientene hadde tilgjengelig, som videre virket hemmende på mestring (Tveiten, 2020, s. 22–23). Det kan antas at støtte fra helsepersonell er viktig for opplevelse av mestring, fordi helsepersonell gjennom trygging og oppmuntring eksempelvis vil kunne fremme produktivitet og motivasjon, samt bidra til å redusere stress gjennom fagkompetansen sin.

I tillegg til profesjonell støtte kunne hjemmet som rehabiliteringsarena gi en følelse av trygghet. I tråd med Fjørtofts (2016) beskrivelse av hjemmet som rammeverk for hverdagslivet, opplevde pasientene hjemmet som kjent og personlig, og strukturert rundt egne rutiner og behov (Collins et al., 2016, s. 211; Lou et al., 2017, s. 306). Pasientene opplevde hjemmerehabilitering som meningsfullt, fordi treningen ble knyttet mot hverdagslivet (Collins et al., 2016, s. 211). Det kan tenkes at hjemmet som rehabiliteringsarena fasiliterer pasientenes evne til mestring, fordi omgivelsene i seg selv støtter mestring (Fjørtoft, 2016, s. 52; Romsland et al., 2015, s. 131). Hjemmets aspekter, sammen med opplevelsen av trygghet, vil kunne bidra til styrket empowerment hos pasienten (Collins et al., 2016, s. 211; Sundin et al., 2018, s. 709). Dersom mestring anses å være pasientens opplevelse av å kunne påvirke situasjonen sin, vil empowerment i form av økt kontroll kunne bidra til økt mestring (Fjørtoft, 2016, s. 52).

Hjemmets materielle aspekt kan tenkes å innbefatte hjelpemidler. Det materielle aspektet kan avsløre mye om ens liv, og det er tenkelig at svært synlige hjelpemidler vil

kunne bryte med opplevelsen av hjemmet som personlig. Opplevelsen av å være tilstrekkelig i møte med andre, påvirket pasientenes selvoppfatning (Pereira et al., 2021, s. 2903; Taule & Råheim, 2014, s. 2115; Tse et al., 2022, s. 2872). Synlige hjelpemidler vil dermed kunne påvirke pasientens opplevelse av hjelpebehov versus selvstendighet, og dernest pasientens selvoppfatning (Taule & Råheim, 2014, s. 2115–2116). Tilgang på hjelpemidler opplevdes ifølge pasientene trygt, og bidro til gjenvinning av funksjon (Sundin et al., 2018, s. 710). De positive følelsene generert av trygghet og empowerment gjorde at pasientene så frem til trening (Collins et al., 2016, s. 211; Sundin et al., 2018, s. 709). Hjelpemidler kan dermed tenkes å være både hemmende og fremmende aspekter av miljøet. Hjelpemidlene kan på den ene siden synliggjøre pasientens hjelpebehov og påvirke pasientens opplevelse av seg selv, og på den andre siden hjelpe pasienten til å føle seg tilstrekkelig, mer selvstendig og generere positive mestringsfølelser. Ifølge Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) har pasienten rett til medvirkning. Dersom pasienten får medvirke i implementeringen av hjelpemidler i hjemmet, vil opplevelsen av mestring knyttet til hjelpemidler trolig øke.

Pasientene gikk fra ønsket om å gjenvinne funksjonsevnen fra før slaget, til ønsket om å gjenvinne kontroll over livet (Christiansen et al., 2021, s. 1191; Pereira et al., 2021, s. 2904). De høye forventningene var vanskelige å innfri, og pasientene ble nødt til å endre målsetting for å kunne oppnå mestring (Pereira et al., 2021, s. 2904). Pasientene forsøkte å endre situasjonens meningsinnhold, i tråd med følelsesorientert mestringsstrategi. Pasientene hadde evne til å endre perspektiv og betydningen av fremgang, for å redusere følelsesmessig ubehag og vinne mer kontroll over situasjonen. Sykdommen og dens konsekvenser ble anerkjent, og pasientene gjorde måloppnåelsen mer realistisk (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 48; Lazarus & Folkman, 1984, s. 150). Mestringsstrategien kan også anses å være problemorientert ved at pasientene har et uoppnåelig mål, eller et problem, som kan løses ved at målet justeres (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 48; Lazarus & Folkman, 1984, s. 152). Det kan tenkes at pasientens tilpasningsevne og holdning er viktig i opplevelsen av mestring. Pasienten blir mer fleksibel, og vil trolig kunne maksimere utbyttet av rehabiliteringstilbudet, samt oppleve styrket selvfølelse og selvstendighet (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 276). Pasienten kan tenkes å være mer robust og tåle økt belastning ved å ha håp for fremtiden og oppleve at det er mulig å ta valg om veien videre (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 50). Dette vil trolig kunne bidra til økt empowerment, ved at pasienten er aktivt deltakende i egen rehabiliteringsprosess (Romsland et al., 2015, s. 192).

Flere faktorer bidro til regulering av pasientenes aktivitetsdeltakelse. Aktiviteter pasientene fikk til var kilde til håp og motivasjon, samtidig som aktiviteter i hjemmet kunne minne om tapte funksjoner (Lou et al., 2017, s. 306). Lyst og mening var en drivkraft for deltakelse, og utløste glede og motivasjon (Taule & Råheim, 2014, s. 2114; Tse et al., 2022, s. 2871). Aktiviteter knyttet til plikt kunne gi struktur, sosial støtte og en følelse av å være til nytte (Sundin et al., 2018, s. 710; Taule & Råheim, 2014, s. 2114; Tse et al., 2022, s. 2871–2872). Stress og frykt hindret derimot deltakelse (Tse et al., 2022, s. 2873). Fysisk og kognitiv kapasitet regulerte deltakelse gjennom uforutsigbarhet og endret energinivå, samt restriksjoner (Christiansen et al., 2021, s. 1189–1190; Taule & Råheim, 2014, s. 2113; Tse et al., 2022, s. 2873). Det kan se ut til at deltakelse på sosiale aktiviteter primært bidrar til mestring, men at konsekvensene av slaget gav en rekke hindringer som gjorde det mer krevende for pasientene å delta. Fysiske og psykiske utfordringer kunne eksempelvis gjøre det vanskelig å forlate hjemmet og skaffe transport, samt tilpasse aktivitetene etter sykdommen. Hindringene i miljøet kan trolig hemme aktivitetsdeltakelse og virke negativt inn på pasientens selvtilit

og funksjonsnivå, eller utfordre pasienten til å nå rehabiliteringsmålene sine og bidra til opprettholdelse av identitet og funksjon (Taule & Råheim, 2014, s. 2114; Tse et al., 2022, s. 2871). Utfallet kan da være både økt og redusert opplevelse av mestring. Aktivitetsdeltakelsen kan også settes i sammenheng med pasientens holdning og troen på egen mestringsevne, som gir håp og motivasjon, og bidrar til økt mestring (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 50, 276; Romsland et al., 2015, s. 129, 187).

5.2 Betydning for sykepleie

Vi vektlegger i hovedsak Kirkevolds (2010) teori om sykepleierens fortolkende, støttende, integrerende og bevarende funksjon i diskusjon av betydning for sykepleie (Romsland et al., 2015, s. 29; Wergeland et al., 2016, s. 304).

Sykepleieren har ifølge yrkesetiske retningslinjer ansvar for å ivareta pasientens verdighet og integritet, ved eksempelvis å bevare retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Det kan tolkes at noen av pasientene opplevde meningsfull støtte ved oppfølging, informasjon og veiledning fra helsepersonell (Arntzen et al., 2015; Christiansen et al., 2021, s. 1190–1192; Collins et al., 2016, s. 212; Lou et al., 2017, s. 307–308; Pereira et al., 2021, s. 2901–2903; Silva et al., 2016, s. 5). Sykepleieren har ansvar for å understøtte håp, mestring og livsmot, og kan styrke pasientens mestring gjennom emosjonell, bekreftende, informerende eller praktisk støtte (Helsedirektoratet, 2021; Norsk Sykepleierforbund, 2023). Empati og forståelse kan være en form for emosjonell støtte, og ved å anerkjenne pasientens følelser og normalisere reaksjoner tilknyttet slag, brukes bekreftende støtte. Informerende støtte kan være samtaler hvor det utveksles kunnskap og praktisk informasjon. Hjemmebesøk og kartlegging kan være en form for praktisk støtte (Helsedirektoratet, 2021). Sykepleierens støttende funksjon handler om å være tilstede og anerkjenne pasientens utfordringer og lidelser (Kirkevold, 2010, s. 29). De ulike støtteformene kan være retningsgivende, og gi helsepersonell et nyttig verktøy for arbeid med å styrke mestring. Verktøyet gir helsepersonellet mulighet til å komme tett innpå pasienten, samt bidra til god praksis som vil kunne sikre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Videre kan det se ut til at pasientenes hjelpebehov var større og mer komplekst enn hjelpetilbudet. Kirkevold (2010) vektlegger sykepleierens støttende funksjon, hvor sykepleieren skal bidra til tillit og trygghet. Funksjonen handler om å lede pasienten gjennom krisereaksjoner, tilpasning og mestring i rehabilitering og støtte pasientens gjenoppbygging av selvbilde, integritet og verdighet (Wergeland et al., 2016, s. 304). Det kan antas at helsesektoren mangler fokus på, eller kunnskap om, hvordan akutt sykdom påvirker pasientenes psykiske helsetilstand. Det fremgår av datamaterialet at ikke alle pasientene opplever den profesjonelle støtten som tilstrekkelig i perioden etter slaget. Manglende tid og ressurser kan også være årsak til redusert og/eller mangelfull støtte og behandling. Det kan tenkes at manglende vektleggelse av pasientens psykososiale behov vil kunne påvirke mestringsopplevelsen negativt.

Sykepleierens fortolkende funksjon peker på betydningen av å hjelpe pasienten til å forstå konsekvensene av slaget, og vinne bedre oversikt og klarhet i den nye livssituasjonen (Kirkevold, 2010, s. 29; Romsland et al., 2015, s. 29; Wergeland et al., 2016, s. 304). Dette kan gjøres ved å kartlegge pasientens rammefaktorer, eller hjelpe pasienten med å finne realistiske målsettinger (Wergeland et al., 2016, s. 304). Negative følelser knyttet til skyhøye forventninger eller stagnering kan forebygges ved at sykepleieren bruker sin fagkunnskap og erfaring til å definere realistiske mål sammen med pasienten (Silva et al., 2016, s. 5; Taule & Råheim, 2014, s. 2111–2113). Enkelte

pasienter gav uttrykk for at støtte i form av samvalg var nyttig. Samarbeid står sentralt i rehabilitering, og det å stå sammen med noen kunne bidra til at pasientene over tid gjenvant kontroll i rehabiliteringsprosessen, som kan anses å være en form for mestring (Norsk Sykepleierforbund, 2023; Pereira et al., 2021, s. 2901–2904; Romsland et al., 2015, s. 11,25).

Hjemmet som rehabiliteringsarena gav muligheter for skreddersydde hjelpetilbud (Collins et al., 2016, s. 211; Lou et al., 2017, s. 307; Pereira et al., 2021, s. 2902). Det kan tenkes at hjemmerehabilitering gir pasienten en opplevelse av likeverd, som gjorde dem i stand til å ta eierskap over rehabiliteringsprosessen. Dette virker positivt inn på pasientens medbestemmelsesrett, hvor pasientens behov legger grunnlaget for rehabiliteringen (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, 2011; Molven, 2019, s. 176–177; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Ved å styrke pasientens empowerment, vil sykepleieren kunne bidra til å ivareta pasientens selvstendighet og medbestemmelsesrett (Norsk Sykepleierforbund, 2023). I tråd med sykepleierens integrerende funksjon, vil styrket helsekompetanse og empowerment kunne bidra til økt forståelse for behandlingen og behandlingsprinsippene, og integreringen av disse i dagliglivet (Kirkevold, 2010, s. 29; Romsland et al., 2015, s. 29; Wergeland et al., 2016, s. 304). Pasientene vil på denne måten tilegne seg ressurser, som trolig kan bidra til å øke mestringsopplevelsen.

Rehabiliteringstjenestene bør være tilgjengelige i pasientens vante miljø (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, 2011). Det er angitt at rehabiliteringsarbeid i hjemmet opplevdes meningsfylt, og kunne bidra til håp og mestring.

Rehabiliteringsprosessen er sammensatt og tidkrevende, og for enkelte kan det oppleves meningsløst å trene på institusjon hvor hverdagen skiller seg fra dagliglivet hjemme. Dette gjenspeiles i eksempelet med pasienten som foretrakk å gå hjemme i egne trapper, fremfor å gå i gymsalen på sykehuset (Collins et al., 2016, s. 211). I tråd med sykepleierens bevarende funksjon, kan det å jobbe rehabiliterende i pasientens eget hjem bidra til ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov. Hjemmerehabilitering synliggjør pasientens hjelpebehov og effektiviserer tilpasning og opptrening. Det er viktig at sykepleierne er oppmerksomme på at synliggjøringen av hjelpebehovet kan svekke pasientens mestringsopplevelse og påvirke selvtilliten negativt. Da må sykepleieren vise respekt og forståelse, og støtte pasienten i håndtering av negative følelser og reaksjoner.

Tverrfaglig og systematisk samarbeid er grunnleggende for hjemmerehabilitering (Wergeland et al., 2016, s. 313–314). Et tverrfaglig team har flere yrkesgrupper og dermed flere styrker i rehabiliteringsprosessen. Hjemmebesøk fra helsepersonell kan likevel oppleves inngripende. Det er viktig at sykepleieren som del av et team skaper tillit og etablerer en trygg relasjon til pasienten, for å oppnå motivasjon og mestring. Teamet bør ta imot pasienten ved permisjon eller utskrivelse til hjemmet, for å lette overgangen. Det kan bidra til at pasienten opplever hjemreisen og tiden etterpå som håndterbar.

5.3 Styrker og svakheter ved litteraturstudiet

En styrke ved litteraturstudiet er at det strukturerte søket ble nøye gjennomført, samt at utvalget av relevant litteratur ble gjort ved kritisk vurdering. En svakhet kan derimot være at det kun ble gjennomført et søk. Flere søk i flere databaser kunne potensielt gitt et mer presist datamateriale, hvor artiklene med multiperspektiv kunne utelukkes.

En svakhet kan være at rehabilitering ikke er et entydig begrep, og derfor vanskelig å avgrense (Romsland et al., 2015, s. 22). Artiklenes forståelse for rehabilitering kan variere, og dermed påvirke oppgavens resultat.

Det var et begrenset utvalg av forskningsartikler innenfor hjemmerehabilitering, som kan indikere at området bør forskes mer på.

5.4 Konklusjon

Rehabiliteringsprosessen er kompleks, og det kan se ut til at både støtte, omgivelsene og selvet har stor betydning for pasientenes opplevelse av mestring. Mestring er prosessorientert, og handler om ens evne til å møte krav. Enhver prosess er dynamisk, og innbefatter gjerne både opp- og nedturer. Pasientene opplevde mestring ved støtte i form av kjærlighet, oppmuntring, omsorgsfull grensesetting og tilstedeværelse fra både nære relasjoner og helsepersonell. Tryggheten i hjemmet og hverdagslivet ser ut til å styrke pasientens posisjon, og kjente, lystbetonte aktiviteter, håp og en positiv holdning utvikler og bevarer pasientens identitet. Dette er alle faktorer som kan hjelpe pasienten til å oppleve mestring i hjemmebasert rehabilitering.

Referanser

- Arntzen, C., Hamran, T. & Borg, T. (2015). Body, participation and self transformations during and after in-patient stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Disability Research: SJDR*, 17(4), 300–320.
<https://doi.org/10.1080/15017419.2013.868823>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide* (4.). McGraw-Hill Education.
- Bertelsen, A. K. (Red.). (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo, *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 322–343). Gyldendal akademisk.
- Christiansen, L. K., Rasmussen, A. M., Mouritzen, H. S., Østervig Buus, A. A. & Grønkjær, M. (2021). Quickly home again: patients' experiences of early discharge after minor stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1187–1195.
<https://doi.org/10.1111/scs.12937>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forl. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018053148095
- Collins, G., Breen, C., Walsh, T. & McGrath, M. (2016). An exploration of the experience of early supported discharge from the perspective of stroke survivors. *International Journal of Therapy And Rehabilitation*, 23(5), 207–214.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. *Forskningsetikk*.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22–26.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforl. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2021083148030
- Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator. (2011). *Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (FOR-2022-06-22-1110)*. Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Gonzalez, M. T. & Keeping, D. (2020). *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999920085770002202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Helsedirektoratet. (2017). *Hjerneslag*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>

- Helsedirektoratet. (2021). Sosial støtte og andre nettverksressurser. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sosial-stotte-deltakelse-og-medvirkning/sosial-stotte-og-andre-nettverksressurser>
- Kirkevold, M. (2010). The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: An extended theoretical account. *Advances in Nursing Science*, 33(1), E27–E40. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181cd837f>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Pub. Co.
- Lou, S., Carstensen, K., Møldrup, M., Shahla, S., Zakharia, E. & Nielsen, C. P. (2017). Early supported discharge following mild stroke: a qualitative study of patients' and their partners' experiences of rehabilitation at home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 302–311. <https://doi.org/10.1111/scs.12347>
- Molven, O. (2019). *Helse og jus* (9. utgave.). Gyldendal.
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring* (3. utgave.). Cappelen Damm akademisk. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999920303057202202"](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) (LOV-2023-04-28-9). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pereira, C. M., Greenwood, N. & Jones, F. (2021). From recovery to regaining control of life - the perspectives of people with stroke, their carers and health professionals. *Disability and Rehabilitation*, 43(20), 2897–2908. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1722263>
- Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Gyldendal akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018013048169
- Silva, J. K. da, Vila, V. da S. C., Ribeiro, M. F. M. & Vandenberghe, L. (2016). Survivors' perspective of life after stroke. *Revista Eletrônica de Enfermagem Órgão Da Faculdade de Enfermagem Da Universidade Federal de Goiás*, 18. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.34620>
- Stubberud, D.-G., Sjøberg, I. L. & Eikeland, A. (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utgave.). Gyldendal.
- Sundin, K., Pusa, S., Jonsson, C., Saveman, B.-I. & Östlund, U. (2018). Envisioning the future as expressed within family health conversations by families of persons suffering from stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 707–714. <https://doi.org/10.1111/scs.12501>
- Taule, T. & Råheim, M. (2014). Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6-8 months after mild stroke. *Disability and Rehabilitation*, 36(25), 2107–2119. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.904448>
- Teigen, K. H. (2023). *motivasjon*. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/motivasjon>
- Tse, T., Lentin, P., Douglas, J. & Carey, L. M. (2022). Understanding activity participation 3-months after stroke: a mixed methodology study. *Disability and Rehabilitation*, 44(12), 2868–2878. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1849429>

Tveiten, S. (2020). Helsepedagogikk: helsekompetanse og brukermedvirkning (2. utgave.). Fagbokforlaget.

Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. G. (Red.). (2016). Sykepleie ved hjerneslag. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud, Klinisk sykepleie: 2 (5. utg., Bd. 2, s. 304–328). Gyldendal akademisk.

