

**SPL 3903 BACHELOROPPGAVEN:**

**HÅP HOS HJERNESLAGRAMMEDE  
PASIENTER**

HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN FREMME  
HÅPET HOS SLAGPASIENTER SOM  
REHABILITERES I HJEMMET?

**FORFATTERE:**

ANNE-MARI RUSTEN, 470638  
RAGNHILD HAUKÅEN, 470620

**DATO:** 18.05.2018

## SAMMENDRAG

Tittel:	Håp hos hjerneslagrammede pasienter: Hvordan kan sykepleieren fremme håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet?		Dato:	18.05.2018
Deltakere:	Anne-Mari Rusten			
	Ragnhild Haukåen			
Veileder:	Bente Hamnes			
Evt. oppdragsgiver:				
Stikkord/nøkkelord	Håp, Hjerneslag, Slagpasienter, Sykepleie, Rehabilitering i hjemmet			
(3-5 stk)				
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: ja		
49 / 10426				
<p><b>Bakgrunn:</b> Sykepleieren møter pasienter i hjemmet og utgjør en viktig del av miljøet. Det er derfor viktig å ha kunnskap om hvilken innvirkning funksjonsnedsettelse har på pasientens håp. Håpet er betydningsfullt for slagpasienter i rehabiliteringsprosessen, og forutsetter at sykepleieren har kunnskap om håpets betydning, samt styrkende og svekkende faktorer. Rehabilitering i hjemmet er en svært godt dokumentert og effektiv metode når det gjelder slagpasienter. Samhandlingsreformen vektlegger å styrke kompetansen til helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik at flere pasienter kan rehabiliteres i eget hjem.</p> <p><b>Hensikt:</b> Å tilegne seg kunnskap om hvordan sykepleieren kan bidra til å fremme håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet, samt hvilke faktorer som påvirker det.</p> <p><b>Metode:</b> Litteraturstudie. Et systematisk litteratursøk etter forskningsartikler ble gjort i databasen Cinahl. 8 kvalitative studier ble utvalgt og analysert.</p> <p><b>Resultat:</b> Analysen av resultater presenteres i 4 hovedtemaer. 1) God relasjon mellom sykepleier og pasient, 2) Behovet for kunnskap og informasjon, 3) Bistå pasienten med å utvikle realistiske mål, og 4) Rehabilitering i hjemmet.</p> <p><b>Konklusjon:</b> For å fremme håp er det viktig at sykepleier utvikler en god relasjon til- og ivaretar behovet for informasjon og kunnskap hos slagpasienter. Sykepleieren fremmer også håp ved å bidra til å utvikle realistiske mål, samt ved å tilrettelegge for rehabilitering i hjemmet.</p>				

## ABSTRACT

Title:	Hope in pasients affected by stroke: How can the nurse promote hope in stroke patients who undergoes rehabilitation at home?	Date: 18.05.2018
Participants:	Anne-Mari Rusten Ragnhild Haukåen	
Supervisor	Bente Hamnes	
Employer:		
Keywords	Hope, Stroke, Stroke patients, Nursing, Home rehabilitation	
	(3-5)	
Number of pages/words:	Number of appendix: 2	Availability: open
49 / 10426		
<p><b>Background:</b> The nurse approaches pasients at home and constitute an important part of the patient's environment. Hence, it is important to have the knowledge about what impact disabilities can cause on the patient's hope. Hope is important for stroke patients while undergoing rehabilitation, and presupposes that the nurse have knowledge about both the invigorating and debilitating factors regarding hope. Rehabilitation at home is well documented and is an effective method when it comes to stroke patients. The Healthcare Interaction Reform emphasizes to strengthen the competence of health professionals in the municipal healthcare service to make it possible for more patients to undergo rehabilitation at home.</p> <p><b>Purpose:</b> To accumulate knowledge about how the nurse can contribute to promote hope in stroke patients undergoing rehabilitation at home, and which factors that affects hope.</p> <p><b>Method:</b> Literature study. A systematic literature search for scientific research articles was performed in the Cinahl database. 8 qualitative studies were selected and analyzed.</p> <p><b>Results:</b> The analysis of the results is presented in 4 main themes. 1) The importance of a good relationship between nurse and patient, 2) Need for knowledge and information, 3) Assist the patient in developing realistic goals, and 4) Home rehabilitation.</p> <p><b>Conclusion:</b> To promote hope, it is important that the nurse develop a good relation to- and take care of the need for information and knowledge in stroke patients. The nurse also promotes hope by contributing to make feasible goals, and by facilitating for rehabilitation at home.</p>		

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 Valg av tema .....	7
1.2 Sykepleiefaglig relevans .....	7
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>9</b>
2.1 Sentrale begreper .....	9
2.1.1 Hjerneslag .....	9
2.1.2 Joyce Travelbee .....	10
2.1.3 Håp .....	11
2.1.4 Rehabilitering i hjemmet .....	12
<b>3.0 OPPGAVENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING</b> .....	<b>15</b>
3.1 Hensikten med bacheloroppgaven .....	15
3.2 Problemstilling .....	15
3.3 Avgrensning av problemstilling .....	15
<b>4.0 METODE</b> .....	<b>16</b>
4.1 Litteraturstudie som metode .....	16
4.2 Kvantitativ og kvalitativ metode .....	16
4.3 Søkestrategi .....	17
4.4 Inklusjonskriterier .....	17
4.5 Eksklusjonskriterier .....	18
4.6 Fremgangsmåte for utvalgelse av artikler .....	18
4.7 Fremgangsmåte for analysering av artikler .....	19
<b>5.0 RESULTAT</b> .....	<b>20</b>
5.1 Sammenfatning av resultater .....	20
5.1.1 God relasjon mellom sykepleier og pasient .....	20
5.1.2 Behovet for kunnskap og informasjon .....	20
5.1.3 Bistå pasienten med å utvikle realistiske mål .....	21
5.1.4 Rehabilitering i hjemmet .....	21
<b>6.0 DRØFTING</b> .....	<b>22</b>
6.1 God relasjon mellom sykepleier og pasient .....	22
6.2 Behovet for kunnskap og informasjon .....	25
6.3 Bistå pasienten med å utvikle realistiske mål .....	28

6.4 Rehabilitering i hjemmet .....	32
6.5 Metodiske overveielser .....	36
6.6 Forskningsetiske overveielser .....	37
<b>7.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>39</b>
<b>8.0 LITTERATURLISTE.....</b>	<b>40</b>
<b>9.0 VEDLEGG .....</b>	<b>46</b>
Vedlegg 1: Søkehistorikk .....	46
Vedlegg 2: Artikkelmatrise .....	47

## 1.0 INNLEDNING

Hjerneslag, Apoplexia cerebri, rammer omtrent 15.000 personer i Norge hvert år (Helsedirektoratet, 2010). Forekomsten forventes å øke med antall eldre, da denne andelen av befolkningen vil øke de neste tiårene (Helsedirektoratet, 2010; Kvilhaugsvik og Husøy, 2015). Ifølge Helsedirektoratet (2010) vil omtrent en tredjedel av slagrammede i løpet av et år gjenvinne tilnærmet full eller full funksjon. En tredjedel vil derimot få en vedvarende funksjonsnedsettelse som påvirker daglige aktiviteter og gjør dem avhengige av bistand, mens en tredjedel vil dø. Dette synliggjør at hjerneslag er den vanligste årsaken til funksjonsnedsettelse i Norge, og at flertallet av pasientene vil ha stort behov for rehabilitering og annen helsehjelp (Helsedirektoratet, 2010; Kvilhaugsvik og Husøy, 2015).

Forekomsten av kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse og psykiske utfordringer har ifølge Morgendagens omsorg vist en økning blant personer under 67 år i Norge (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hjerneslag er en påkjenning som medfører utfordringer for pasienten, helsetjenesten og samfunnet (Helsedirektoratet, 2010). Samhandlingsreformen vektlegger at tverrfaglige team med særskilt fokus- og kompetanse på rehabilitering og kroniske sykdomstilstander, må etableres for å kunne tilby gode kommunale helsetjenester- og pasientforløp (St.meld. 47 (2008-2009)). Tidlig avdekket funksjonsnedsettelse med umiddelbar igangsatt rehabilitering i primærhelsetjenesten kan forbedre pasientens mestring og funksjonsnivå, samt redusere behovet for institusjonsopphold eller spesialisthelsetjenester (ibid.). St.meld. 21 (1998-1999) påpeker at rehabilitering skal ta utgangspunkt i pasientens rett til selvbestemmelse og å formulere egne mål, og fokuserer på kommunal rehabilitering. Samhandlingsreformen legger opp til å styrke kompetansen til kommunenes helsepersonell, slik at flere pasienter kan behandles og rehabiliteres i primærhelsetjenesten og eget hjem. I møtet med fremtidens utfordringer vil det derfor være en viktig og kostnadsbesparende prioritering at pasienter utskrives raskere til kommunen (St.meld. 47 (2008-2009)).

## **1.1 Valg av tema**

På bakgrunn av erfaringer fra praksis er det i besvarelsen valgt å skrive om håpets betydning for hjerneslagpasienter som rehabiliteres i hjemmet. Egne erfaringer viser at slagpasienter opplever manglende håp for fremtiden i forbindelse med funksjonsnedsettelse, og at dette har betydning for den hjemlige rehabiliteringen. Som følge av manglende kunnskap har det vært utfordrende å forebygge håpløshet hos disse pasientene. Det etterstrebes derfor å tilegne seg kunnskap om hvordan sykepleieren kan bidra til å fremme håpet hos slagpasienter som befinner seg i en slik rehabiliteringsfase. Kunnskapen som tilegnes under litteraturstudiet anses å være relevant for den fremtidige sykepleieutøvelsen.

## **1.2 Sykepleiefaglig relevans**

Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er sykepleieren i sin utøvelse pliktet til å understøtte håp, livsmot og mestring hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Håpet har en sentral rolle i alle menneskers liv, og er ansett å være sykepleierens største utfordring (Rustøen, 2001, s. 42; Lohne, 2010). Samtidig omtales håpet som drivkraften i sykepleiefaget, som følge av at det fremkaller helbredende prosesser i pasienten. Sykepleieren er avgjørende for å fremme håp, da hun har en strategisk posisjon- og utgjør en viktig del av pasientens miljø (Rustøen, 2001, s. 101; Lohne, 2010).

Sykepleieren møter slagpasienter i alle områder av helse- og omsorgstjenesten, derav hjemmet, da hjerneslag er en sykdomstilstand som ofte krever hjelp og støtte (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016). Dette innebærer at pasienten kan oppleve tap av håp, kontroll over kroppsfunksjoner, sosiale relasjoner, selvfølelse og trygghet (Rustøen, 2001, s. 42). Morgendagens omsorg hevder at kunnskap om hvilken innvirkning funksjonsnedsettelse og sykdom har på pasienten, og betydningen dette har for håp, livskvalitet og mestring, er nødvendig for å yte faglig forsvarlig pleie (Meld. St. 29 (2012-2013)). For å fremme håp, forutsetter det at sykepleieren har kunnskap om håpets betydning, samt styrkende og svekkede faktorer som er nevnt. Sykepleieren tilbringer mye tid med slagpasienter, og kompetansen er avgjørende for rehabiliteringens resultat (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016). Dette

synliggjør at sykepleieren er av stor betydning for slagpasienters opplevelse av håp i utfordrende situasjoner (Rustøen, 2001, s. 100).



## **2.0 BAKGRUNN**

I dette kapittelet presenteres teori om hjerneslag, utvalgt sykepleieteori, håp og rehabilitering i hjemmet.

### **2.1 Sentrale begreper**

#### **2.1.1 Hjerneslag**

Hjerneslag er en fellesbetegnelse for hjerneinfarkt og hjerneblødning (Helsedirektoratet, 2010). Hjerneinfarkt utgjør omtrent 85-90 % av alle hjerneslag, og forårsakes av at blodtilførselen til et område i hjernen helt eller delvis opphører (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016). Årsaken er at en blodpropp tilstopper en av hjernens blodårer, som videre medfører manglende tilførsel av energi og oksygen, slik at hjerneceller skades eller dør. Som følge av dette reduseres eller bortfaller funksjoner som kontrolleres av området. Hjerneblødninger forårsaker omtrent 10-15 % av alle hjerneslag, og skyldes en blødning som oppstår når en blodåre i hjernevinnen eller hjernen sprekker. Hjerneslag forekommer ofte som følge av aterosklerose, hjertesvikt, lite fysisk aktivitet, overvekt, diabetes, atrieflimmer, røyking, økende alder, høyt blodtrykk- og kolesterol (ibid.).

Verdens helseorganisasjon definerer hjerneslag som

“En plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død” (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016, s. 304).

Hjerneslag er en akutt, dramatisk tilstand som oppstår foruten forvarsel, men kan i enkelte tilfeller gradvis utvikle seg over tid (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016). Vanlige funksjonsutfall og symptomer er psykiske plager, halvsidige lammelser, følelsetap, svekket balanse, smerter, halvsidig oppmerksomhetssvikt (neglekt), forstyrrelser i blære og tarm, reduserte mentale funksjoner, synsfeltutfall, språk- og svelgevansker. Symptomene oppstår som oftest etter sekunder eller minutter (Helsedirektoratet, 2010; Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016).

Et hjerneslag kan gi ulike psykiske, fysiske og sosiale utfall som påvirker evnen til å fungere i hjemmet og dagliglivet, avhengig av skadens omfang og lokalisasjon i hjernen (Helsedirektoratet, 2010). Motorisk funksjonsnedsettelse anses som den største konsekvensen av et hjerneslag, og skyldes at pasienten opplever at kroppen ikke fungerer slik den tidligere gjorde. Fysiske begrensninger medfører at pasienten kjenner på en kroppslig fremmedgjøring og sårbarhet i forbindelse med daglige gjøremål. Psykiske forandringer kan forekomme etter et hjerneslag, og forårsakes av både hjerneskaden og reaksjonen på hendelsen. Dette innebærer at pasienten opplever forvirring, angst, fortvilelse, avhengighet av andre og håpløshet (ibid.).

### **2.1.2 Joyce Travelbee**

Det er besluttet å bruke Joyce Travelbees sykepleieteori om mellommenneskelige forhold. Teorien er relevant for valgt tema og sykepleiefaget, da hun blant annet vektlegger håp og det mellommenneskelige forholdet mellom sykepleier og pasient. I tillegg inkluderer hun individer som ønsker hjelp med å løse potensielle eller oppståtte helseproblemer i pasientbegrepet, som er relevant i forbindelse med rehabilitering (Travelbee, 2001, s. 63). Til tross for at teorien ikke er av nyere dato, er den fortsatt relevant, da det ikke er publisert ny teori om håp i ettertid.

Travelbee (2001, s. 29) definerer sykepleie som

[...] en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.

Ifølge Travelbee (2001, s. 171) er formålet med sykepleie å etablere et mellommenneskelig forhold mellom pasient og sykepleier. For å kunne etablere et slikt forhold må sykepleieren i sin utøvelse bruke kommunikasjon som hjelpemiddel (Travelbee, 2001, s. 135). Det er derfor viktig at sykepleieren oppfatter de individuelle behovene pasienten kommuniserer, og benytter denne informasjonen i planlegging av sykepleietiltak (Travelbee, 2001, s. 138-139). Forholdet gjør det mulig å oppfylle sykepleiens hensikt- og mål, men forutsetter at sykepleieren evner å bruke seg selv terapeutisk, slik at pasienten kan finne håp i

sykdomsopplevelsen. En god relasjon mellom pasient og sykepleier er vesentlig for å bistå pasienten med å håndtere den nye livssituasjonen (Travelbee, 2001, s. 41-45).

Travelbees (2001, s. 102) teori er relevant, da hun hevder at sykepleieren i sin utøvelse arbeider for å oppnå forandringer. Dette innebærer å hjelpe pasienten til å forstå hvordan funksjonsnedsettelse, sykdom og lidelse kan forebygges, slik at høyest mulig nivå av helse kan opprettholdes. Ved å understøtte håpet hjelper sykepleieren pasienten med å mestre sin situasjon bedre, enn vedkommende for eksempel ville gjort ved funksjonsnedsettelse, sykdom og lidelse. Når sykepleieren på en målrettet, omtenkfull og innsiktsfull måte evner å identifisere og frambringe endringer hos pasienten, er det et sykepleietiltak med relevans for rehabilitering og håp (ibid.).

### **2.1.3 Håp**

I de senere årene har interessen for håpet blitt større innenfor sykepleiefaget, som følge av at andelen kronisk syke er stigende (Rustøen, 2001, s. 42). Lohne og Severinsson (2005) viser i sin studie at håpet er tilknyttet fremtiden og at det derfor er betydningsfullt for slagpasienter i en rehabiliteringsprosess. Forbedring av funksjonsnedsettelsen påvirker håpet positivt og gir motivasjon til rehabiliteringens opp trening. En endret livssituasjon preget av avhengighet, skuffelse og fortvilelse påvirker derimot håpet og rehabiliteringen negativt (ibid.).

Håpet er en mental tilstand som kjennetegnes ved at pasienten ønsker å oppfylle mål, og samtidig har en forventning om at det som etterstrebes eller ønskes er oppnåelig (Travelbee, 2001, s. 117). Travelbee (2001, s. 123) hevder at sykepleierens ansvar er å hjelpe pasienten med å holde fast ved håpet, unngå håpløshet eller gjenvinne håpet. Håpet gjør pasienten i stand til å håndtere utfordrende situasjoner, nederlag og tap. Håpet er en motiverende faktor som tilfører den syke energi, og gjør vedkommende i stand til å overvinne hindringer og håndtere utfordrende oppgaver som kan oppstå i rehabiliteringsprosessen (Travelbee, 2001, s. 117).

Forskning har dokumentert at personer som håper lever bedre og lengre, samt at det er avgjørende for hvordan en velger å forholde seg til sine utfordringer (Lohne, 2010). Håpet er avgjørende for å få til forandringer, og pasienter som håper tror at livet blir mer meningsfylt

(Rustøen, 2001, s. 50; Travelbee, 2001, s. 117). All behandling og hjelp ved sykdom innebærer et håp om bedring, og håpet har derfor et viktig kurativt aspekt ved seg (Lohne, 2010). Rustøen (2001, s. 100) hevder at sykdommer som innebærer usikkerhet i framtiden kan medføre manglende håp. Håp om bedring er derfor svært viktig for slagpasienter (Krogstad, 2015, s. 76).

Travelbee (2001, s. 118) beskriver syv kjennetegn ved håp. Pasienten har ofte behov for helsepersonells samarbeid og hjelp i situasjoner hvor egne ressurser er utilstrekkelige, og håpet er derfor *relatert til avhengighet*. En pasient som håper har ønske om å forandre sin livssituasjon, og håpet er derfor *fremtidsorientert*. Håpet er tilknyttet *tillit*, og sykepleieren oppnår dette ved å vise tilgjengelighet for- og ønske om å hjelpe pasienten. Når sykepleieren tar seg tid og viser interesse når pasienten snakker om sine problemer og det vedkommende er opptatt av, gir det trygghet. *Utholdenhet* innebærer at pasienten gjentatte ganger forsøker å løse eventuelle problemer og endre sin tilstand. Tillit og utholdenhet bevarer motet og ruster pasienten til å mestre utfordrende situasjoner (Travelbee, 2001, s. 120). Dersom pasienten aksepterer sin frykt og utilstrekkelighet, og likevel arbeider for nå sine mål, synliggjør det at håp er *relatert til mot*. Håpet er tilknyttet det å ha *valgmuligheter*, som følge av at det gir opplevelse av kontroll, selvbestemmelse og frihet. *Ønsker* og håp er tilknyttet hverandre, og innebærer at pasienten føler en trang til å fullføre en oppgave, oppnå eller oppleve noe. Det som ønskes kan samtidig ligge innenfor både det realistiske og urealistiske. Rehabiliteringen blir mer krevende foruten tilstedeværelse av beskrevne kjennetegn (Travelbee, 2001, s. 119-120).

#### **2.1.4 Rehabilitering i hjemmet**

Rehabilitering i hjemmet og kjente omgivelser ledet av et tverrfaglig team er en svært godt dokumentert og effektiv metode når det gjelder rehabilitering av slagpasienter (St.meld. 47 (2008-2009); Helsedirektoratet, 2010). Ifølge Meld. St. 29 (2012-2013) utnytter rehabilitering i hjemmet den enkeltes ressurser, og er et viktig satsingsområde som innebærer muligheter for helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil derfor bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom økt fokus på rehabilitering (ibid.).

Ifølge Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2016) har rehabilitering som formål at pasienten skal gjenvinne tapte funksjoner og tilpasse seg en forandret livssituasjon, samt tilrettelegge for et godt liv. Rehabilitering er en viktig forutsetning for at pasienter med funksjonsnedsettelse skal bli mest mulig selvstendige og i stand til å bo hjemme (St.meld. 47 (2008-2009); Helsedirektoratet, 2010). Forskning viser at aktiv og tidlig igangsatt rehabilitering av hjerneslagpasienter gir større sjanser for å gjenvinne tapte funksjoner (Helsedirektoratet, 2010).

Morgendagens omsorg definerer rehabilitering som

[...] tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Meld. St. 29 (2012-2013) s. 86).

Ved rehabilitering i hjemmet er det avgjørende at rehabiliteringen tar utgangspunkt i slagpasientens livssituasjon (Helsedirektoratet, 2010). For slagpasienter innebærer rehabiliteringen en målrettet prosess som tilpasses etter og planlegges ut ifra individuelle behov (Helsedirektoratet, 2010; (Meld. St. 29 (2012-2013))). Hjerneslag medfører endringer i pasientens livssituasjon, og det er ofte tidkrevende å finne en måte å innrette livet sitt på i forhold til dette. Denne perioden vil i de fleste tilfeller foregå i hjemmet og kjente omgivelser, og det er derfor viktig å oppnå høyest mulig grad av psykisk og fysisk uavhengighet (St.meld. 47 (2008-2009)). Rehabilitering i hjemmet gir forbedret livskvalitet, da pasientens personlige ønsker og mål kan bidra til å gjenopprette funksjonsnivået. Videre gir dette økt mestringsevne og redusert behov for offentlig helsehjelp (Meld. St. 29 (2012-2013)).

Ifølge Helsedirektoratet (2010) er det viktig at den slagrammede gis tilgang til et koordinert behandlingstilbud som består av et spesialisert tverrfaglig rehabiliteringsteam. Et slikt team opprettes vanligvis ved etablering av den hjemlige rehabiliteringen, og består av sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykolog og andre helseprofesjoner med rehabiliteringskompetanse for slagrammede (Helsedirektoratet, 2010; Meld. St. 29 (2012-2013)). Sykepleieren har en koordinerende rolle og utgjør derfor en viktig del av det tverrfaglige rehabiliteringsteamet. Teamet vurderer den enkeltes funksjonsutfall og

muligheter, og dette utgjør grunnlaget for rehabiliteringens målsettinger (Helsedirektoratet, 2010; (Meld. St. 29 (2012-2013)). En slik tilnærming er en forutsetning for å oppnå vellykket rehabilitering av hjerneslagpasienter (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2016).

I rehabiliteringen av slagpasienter har sykepleieren en *rehabiliterende funksjon*, hvor formålet er å bistå pasienten med å skape nye ferdigheter, holdninger og kunnskap (Lohne, 2010).

Sykepleierens *støttende funksjon* innebærer å gradvis øke utfordringene og tilpasse aktivitetene for å fremme mestring hos pasienten. I tillegg skal sykepleieren støtte pasienten til å holde fast på håpet (Kirkevold, 1997; Kirkevold, 2010). *Den bevarende funksjonen* er å bidra til at pasientens fysiske og psykiske helse opprettholdes gjennom å forebygge komplikasjoner og skape balanse mellom hvile og aktivitet. Når sykepleier hjelper pasienten til å se rehabiliteringen i et bedrings- og tidsperspektiv, omtales det som den *fortolkende funksjon*. Dette omhandler å veilede slagrammede til å se sine begrensninger og ressurser, samt utforme realistiske forventninger. Sykepleieren har også en *integrerende funksjon* hvor man bistår pasienten med å forstå hensikten med behandlingen (ibid.).

### **3.0 OPPGAVENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING**

I dette kapittelet presenteres oppgavens hensikt og problemstilling, etterfulgt av en avgrensning av problemstillingen.

#### **3.1 Hensikten med bacheloroppgaven**

Hensikten med oppgaven er å tilegne seg kunnskap om hvordan sykepleieren kan bidra til å fremme håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet, samt hvilke faktorer som påvirker det.

#### **3.2 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleieren fremme håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet?

#### **3.3 Avgrensning av problemstilling**

Temaet er relevant for sykepleieren da en møter denne pasientgruppen i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det er valgt å fokusere på sykepleierens rolle i kommunens tverrfaglige rehabiliteringsteam, og hvordan sykepleieren i denne utøvelsen kan fremme håpet. Oppgaven avgrenses til å gjelde pasienter som rehabiliteres i hjemmet etter hjerneslag, da det vurderes som positivt for håpet å være i kjente omgivelser. Det primære fokuset foreligger på pasienter med fysiske- og psykiske funksjonsbegrensninger uten afasi. Pasienter med språkutfordringer er derfor ikke i hovedfokus. Problemstillingen gjelder pasienter i alderen 30-80 år, og inkluderer både kvinner og menn. Selv om pårørende muligens er viktige for håpet i rehabiliteringen av slagpasienter, vil de ikke bli vektlagt i denne besvarelsen.

## **4.0. METODE**

I dette kapittelet beskrives litteraturstudie som metode, samt kvantitativ og kvalitativ metode. Videre beskrives søkestrategien som er benyttet for innhenting av forskningsartikler, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt fremgangsmåte for utvelgelse av- og analyse av forskningsartikler.

### **4.1 Litteraturstudie som metode**

En metode er en fremgangsmåte som anvendes for å innhente informasjon og kunnskap som kan belyse problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 76). Ifølge Dalland (2017, s. 51) forteller metoden hvordan en bør gå frem for å innhente kunnskap. Metoden som velges avhenger av hvilke spørsmål en ønsker å besvare, om den er relevant for å belyse problemstillingen på en tilfredsstillende måte og derav resulterer i god innsamling av informasjon (Thidemann, 2015, s. 76-77; Dalland, 2017, s. 54-55).

Metoden som brukes i besvarelsen er litteraturstudie, da forskningsartikler, pensum- og faglitteratur om temaet anvendes som informasjonskilde for å besvare problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 81). En litteraturstudie gjennomføres ved å systematisere kunnskap gjennom bruk av eksisterende faglitteratur og forskning om valgt tema (Thidemann, 2015, s. 79; Dalland, 2017, s. 207). Å systematisere kunnskap vil si å innhente litteratur og kritisk analysere denne, for å deretter sammenfatte eventuelle funn innenfor valgt tema og problemstilling (Thidemann, 2015, s. 79; Forsberg og Wengström, 2008, s. 34).

Litteraturstudiet inneholder ifølge Aveyard (2014) et forskningsspørsmål som besvares ved å søke etter relevant litteratur, som vurderes med fokus på resultatenes kombinasjon.

### **4.2 Kvantitativ og kvalitativ metode**

Sykepleieforskning består av både kvantitative og kvalitative metoder (Christoffersen *et al.*, 2015, s. 13). Kvantitativ metode tar utgangspunkt i tall, og innebærer å omformulere informasjonen til statistikk og målbare enheter som videre systematiseres for å finne gjennomsnittet eller prosentandelen av det som forskes på (Thidemann, 2015, s. 77; Dalland, 2017, s. 52). Kvalitativ metode anvendes om en ønsker kunnskap om menneskelige



egenskaper som forventninger, tanker, opplevelser og meninger (Thidemann, 2015, s. 78; Dalland, 2017, s. 52). Dette er gunstig når hensikten er å tilegne seg kunnskap om pasienters og sykepleieres opplevelser og synspunkter av helsetjenester og sykdom, relasjonen mellom partene- og det som utøves i menneskers naturlige omgivelser (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2010a; Polit og Beck, 2017). For å finne svar på- og tilegne seg kunnskap om hvordan sykepleieren kan fremme håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet, foreligger fokuset i litteraturstudiet i størst grad på de kvalitative perspektivene i forskning.

### **4.3 Søkestrategi**

En god søkestrategi er nødvendig for at arbeidet med søkingen skal bli effektivt og avgi relevante resultater (Thidemann, 2015, s. 87). Søk etter relevante forskningsartikler for tema og problemstilling ble først gjort i de helsevitenskapelige databasene SveMed+, Medline, Pubmed, Embase og Cinahl. Det ble besluttet å kun bruke Cinahl som søkebase, som følge av brukervennlighet, antall treff og relevans i forhold til sykepleiefaget (Nortvedt *et al.*, 2012, s. 52). Søk i Cinahl ble gjort i perioden desember 2017 til mars 2018.

Søkeordene stroke\*, stroke care\*, recovery\*, rehabilitation\*, physical improvement\*, hope\*, psychosocial factors\*, nervous system diseases\* og nursing\* ble benyttet. Det ble søkt på ett og ett søkeord. Deretter ble søkeordene søkt på i ulike kombinasjoner. “Or” ble brukt for å utvide søket, da det resulterer i treff som inneholder ett av brukte søkeord. “And” ble brukt for å avgrense søket, da det resulterer i treff på forskningsartikler som inneholder alle brukte søkeord (Nortvedt *et al.*, 2012, s. 55). Søkene ble begrenset til å gjelde siste 10 år for å få mest mulig oppdatert forskning. Søkehistorikken er fremstilt i tabell i eget vedlegg, og viser referanse, søkeord, database, kombinasjoner og antall treff (se vedlegg 1).

### **4.4 Inklusjonskriterier**

Kriterier for utvelgelsen av forskningsartikler er at oppbyggingen skal følge IMRAD-struktur, være kvalitative og primært omhandle diagnosen hjerneslag eller nevrologiske sykdommer. Et annet krav er at tidsskriftet forskningsartiklene er publisert i skal være fagfellevurdert til nivå en eller to. Forskingen bør være utført i land med tilnærmet lik kulturforståelse som Norge

og vestlige land. Artikkene skal ikke være eldre enn 12 år (2006-2018), og må være relevante opp mot søkeordene som benyttes og skrevet på engelsk, norsk eller svensk.

#### **4.5 Eksklusjonskriterier**

Forskningsartikler som ikke følger IMRAD-struktur, er eldre enn 12 år (<2006), litteraturstudier og reviewer blir ekskludert. Forskningsartikler fra land som er veldig ulike Norge og vestlige land, som kun benytter kvantitativ metode og er publisert i ikke-fagfelleverderte tidsskrifter ekskluderes. Fremmedspråklige artikler skrevet på andre språk enn engelsk, norsk og svensk blir ekskludert.

#### **4.6 Fremgangsmåte for utvelgelse av artikler**

Vitenskapelige publiseringskanaler er forlag, serier og tidsskrifter som etterkommer Universitets- og høgskolerådets nasjonale publiseringsutvalg (NSD: Norsk senter for forskningsdata, 2018). Forskningsartikkene som er inkludert i besvarelsen er publisert i tidsskrifter fagfellevurdert til nivå en eller to i NSD sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler (ibid.). Ifølge Nortvedt *et al.* (2012, s. 197) innebærer fagfellevurderingen at utenforstående forskere på fagområdet har foretatt en kvalitetssikring av forskningsartikkene for å undersøke kvaliteten på forskning- og tidsskrift.

Som følge av begrenset forskning måtte grensen på forskningens alder utvides. Søket i Cinahl resulterte da i flere treff, og to artikler publisert de siste 12 år ble inkludert. Det er foretatt en kontroll av at forskningsartiklenes oppbygging følger Introduksjon, Metode, Resultat (And) Diskusjon. Alle utvalgte forskningsartikler følger IMRAD-strukturen (Nortvedt *et al.*, 2012, s. 69). Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning er anvendt for å vurdere resultater og metode i utvelgelsen av forskningsartikler (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014).

I søkingen ble det funnet flere artikler som virket relevante for problemstillingen, men etter å ha lest og vurdert dem opp mot IMRAD-struktur, sjekklister, fagfellevurdering og andre artikler, ble enkelte bortvalgt. Artikler som virket relevante gikk videre til abstrakt lesning, med fokus på at hensikt og funn var hensiktsmessige for å belyse problemstillingen. Metoden

ble også vurdert, og kvalitative forskningsartikler var prioritert i utvelgelsen. Deretter ble artiklene lest i fulltekst.

#### **4.7 Fremgangsmåte for analysering av artikler**

Ifølge Thidemann (2015, s. 91) og Dalland (2017, s. 229) innebærer analysen å undersøke forskningsmaterialet for å finne ut hva det kan fortelle oss, og å tolke artiklene for å forstå dem. I analyseringen av utvalgte forskningsartikler er det lagt vekt på funn. Funnene i forskningsartiklene har blitt sammenlignet for å se om enkelte funn samsvarer med- og støtter opp under hverandre, samt litteraturstudiets problemstilling. Artiklenes funn har også blitt sammenlignet med utvalgt bakgrunns litteratur for å sette ulike perspektiver mot hverandre, samt bygge oppunder dem i drøftingen. Dette har vært nyttig for å identifisere sentrale temaer og se om artiklenes funn er pålitelige (Dalland, 2017, s. 159). I analysen har det også blitt variert mellom å se på forskningens ulike deler og helheten av den, og deretter identifisert sentrale temaer som utgjør grunnlaget for litteraturstudiets drøfting og resultat (Thidemann, 2015, s. 91; Dalland, 2017, s. 229-230). Hovedfunn med relevans for problemstillingen ble til slutt utvalgt. I analysen fremkom det at artiklene benyttet ordet helsepersonell. Videre i besvarelsen er det til tross for dette, besluttet å anvende benevnelsen sykepleier i forhold til problemstillingen.

## **5.0 RESULTAT**

Resultatene fra de åtte forskningsartiklene som benyttes i besvarelsen presenteres i en tematisk sammenfatning under overskriftene: god relasjon mellom sykepleier og pasient, behovet for kunnskap og informasjon, bistå pasienten med å utvikle realistiske mål- og rehabilitering i hjemmet. Artiklene er fremstilt i en oversiktlig matrise i eget vedlegg, og viser tittel, referanse, land, tidsskrift, hensikt, metode, deltakere og resultater (se vedlegg 2).

### **5.1 Sammenfatning av resultater**

Her presenteres artiklenes relevante funn i fire temaer som har betydning for håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet.

#### **5.1.1 God relasjon mellom sykepleier og pasient**

Betydningen av en god relasjon mellom sykepleier og pasient ble funnet studiene av Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Popovich, Fox og Bandagi (2007), Jones, Mandy og Partridge (2008), Cross og Schneider (2010), Soundy *et al.* (2010), Tutton *et al.* (2012), Bright *et al.* (2013) og Taule *et al.* (2015). Samarbeid med- og tillit til sykepleieren påvirket håpet og rehabiliteringen positivt (ibid.). Taule *et al.* (2015) fant også at møtet med sykepleieren var utfordrende for pasientene og relasjonen, som videre kunne påvirke håpet negativt.

#### **5.1.2 Behovet for kunnskap og informasjon**

Pasientenes behov for kunnskap og informasjon om hjerneslaget og forventninger til rehabiliteringen kom frem i studiene av Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Popovich, Fox og Bandagi (2007), Jones, Mandy og Partridge (2008), Cross og Schneider (2010), Soundy *et al.* (2010), Tutton *et al.* (2012), Bright *et al.* (2013) og Taule *et al.* (2015). Dette omhandlet at sykepleieren informerte om tilstand, fremgang, symptomer og medisiner, og dette fremmet håpet (ibid.). Sykepleierens kunnskap og erfaring var viktig for pasientene, da manglende kompetanse svekket håpet (Cross og Schneider, 2010; Soundy *et al.*, 2010; Taule *et al.*, 2015).

### **5.1.3 Bistå pasienten med å utvikle realistiske mål**

I studiene av Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Jones, Mandy og Partridge (2008), Cross og Schneider (2010), Soundy *et al.* (2010), Tutton *et al.* (2012) og Taule *et al.* (2015) ble det funnet at realistiske mål for rehabiliteringen og fremtiden er viktig for pasientens håp, samt at dette er realistisk. Sykepleieren har en viktig rolle for å identifisere- og utvikle realistiske mål og håp (ibid.). Målsetting blir ansett som utfordrende som følge av hensynet til pasientens ønsker, samt at urealistiske mål medfører at pasientens håp og motivasjon svekkes (Arnaert, Filteau og Sourial, 2006; Soundy *et al.*, 2010; Tutton *et al.*, 2012; Bright *et al.*, 2013).

### **5.1.4 Rehabilitering i hjemmet**

Studiene av Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Jones, Mandy og Partridge (2008), Cross og Schneider (2010), Tutton *et al.* (2012), Bright *et al.* (2013) og Taule *et al.* (2015) fant at pasientene anså det som positivt for håpet å returnere til- og oppholde seg i hjemmet. Tutton *et al.* (2012) og Taule *et al.* (2015) fant også at dette kunne være negativt for håpet, da det kan oppleves som en hindring og et sjokk.

## 6.0 DRØFTING

I dette kapitlet drøftes resultatene med bakgrunn i problemstillingen. Kapitlet inneholder drøfting av metodiske overveielser, som inkluderer kritisk vurdering av anvendt litteratur. Avslutningsvis drøftes forskningsetiske overveielser.

### 6.1 God relasjon mellom sykepleier og pasient

Studiene av Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Popovich, Fox og Bandagi (2007), Jones, Mandy og Partridge (2008), Cross og Schneider (2010), Soundy *et al.* (2010) og Tutton *et al.* (2012) viser at en god relasjon mellom sykepleier og pasient er betydningsfull. Bright *et al.* (2013) og Taule *et al.* (2015) hevder at sykepleieren gjennom relasjonens styrke bidrar til å fremme slagpasientens håp i den hjemlige rehabiliteringen. Rustøen (2001, s. 98) bekrefter at pasientens tilknytning til- og relasjon med sykepleieren er en viktig del av håpet. Dette samsvarer med Travelbee (2001, s. 123), hvor det står at å fremme håp er en viktig handling i sykepleieutøvelsen. Morgendagens omsorg støtter opp under betydningen av en god relasjon mellom sykepleier og pasient, da dette er en forutsetning for samarbeidet (Meld. St. 29 (2012-2013)).

Relasjonen til sykepleieren er en forutsetning hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet, da følelsesmessige reaksjoner tilknyttet endrede kroppsfunksjoner gjør det utfordrende å håndtere livssituasjonen (Taule *et al.*, 2015). Travelbee (2001, s. 41-45) hevder at en god relasjon mellom pasient og sykepleier er vesentlig for å bistå pasienten med å håndtere den nye livssituasjonen, samt fremme håpet. Ifølge Taule *et al.* (2015) har sykepleieren ansvar for å bli kjent med pasienten i utviklingen av en god relasjon. Travelbee (2001, s. 135 og 187) vektlegger at sykepleieren og pasienten etablerer et mellommenneskelig forhold. Dette er viktig for å bli kjent med pasienten og skape en relasjon, som er hensiktsmessig for at sykepleieren skal kunne innhente nødvendig informasjon- og ivareta pasientens behov (Travelbee, 2001, s. 135 og 187; (St.meld. 47 (2008-2009))).

Studiene av Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Popovich, Fox og Bandagi (2007), Cross og Schneider, 2010, Tutton *et al.* (2012), Bright *et al.* (2013) og Taule *et al.* (2015) viser at en

støttende og håpefull sykepleier kan fremme pasientens håp. At sykepleieren i sin relasjon viser tro på en positiv utvikling er ifølge Popovich, Fox og Bandagi (2007) og Taule *et al.* (2015) betydningsfullt for håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet. Rustøen (2001, s. 101) bekrefter at sykepleieren i sin væremåte bør være engasjert, håpefull og støttende for å kunne fremme håp. Funnene synliggjør at måten sykepleieren viser omsorg og støtte, påvirker håpet (Tutton *et al.*, 2012). Funnene er i samsvar med Norsk sykepleierforbund (2011), som hevder at sykepleieren skal understøtte håp og livsmot hos pasienten. Når sykepleieren støtter opp under håpet i rehabiliteringen av slagpasienter kan det tenkes at den støttende funksjonen anvendes (Kirkevold, 1997; Kirkevold, 2010).

Studien av Taule *et al.* (2015) viser på en annen side at det kan være utfordrende å skape en god relasjon, dersom sykepleieren i sin relasjon medfører usikkerhet rundt pasientens håp. Lite interesse og manglende forståelse for pasientenes situasjon og funksjonsnedsettelse svekker håpet, da det gir en opplevelse at sykepleieren ikke vil hjelpe (Tutton *et al.*, 2012; Taule *et al.*, 2015). Dersom sykepleieren i sin utøvelse og atferd mangler interesse og empati, kan pasienten oppfatte situasjonen som håpløs (Rustøen, 2001, s. 101). Dette er i motsetning til Travelbee (2001, s. 124), som vektlegger at sykepleieren i relasjonen skal vise vilje til å hjelpe, samt tilrettelegge for opplevelsen av håp. Funnene synliggjør at sykepleieren muligens bør bli mer kompetent i utviklingen av gode relasjoner for å fremme håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet.

Sykepleierens holdninger i relasjonen er betydningsfulle for opplevelsen av håp hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet (Arnaert, Filteau og Sourial, 2006; Popovich, Fox og Bandagi, 2007; Soundy *et al.*, 2010; Tutton *et al.*, 2012; Taule *et al.*, 2015). Avhengighet har en negativ innvirkning på håpet (Jones, Mandy og Partridge, 2008), og sykepleieren kan fremme håp ved å redusere pasientens avhengighet gjennom rehabilitering av funksjonsnedsettelsen (Cross og Schneider, 2010). Rustøen (2001, s. 100) belyser at opplevelsen av håp avhenger av sykepleierens holdninger. Sykepleieren kan fremme håpet ved å se pasienten som individ, være imøtekommende- og tilstedeværende (Bright *et al.*, 2013; Taule *et al.*, 2015). Dette bekreftes av Rustøen (2001, s. 104) og Travelbee (2001, s. 140), som hevder at sykepleieren for å utvikle bekjentskap må møte, respektere, forstå og respondere på det unike med pasienten.

Gjensidig tillit og likeverd ble i studiene av Cross og Schneider (2010) og Taule *et al.* (2015) beskrevet å ha innflytelse på- og være viktig for håpet, samt det å gjenvinne et meningsfullt liv etter hjerneslaget. Samhandlingsreformen påpeker at tillit er viktig, og dette skal ifølge Morgendagens omsorg baseres på en likeverdig relasjon mellom sykepleier og pasient (St.meld. 47 (2008-2009); (Meld. St. 29 (2012-2013))). Mangel på trygghet og gjensidig tillit i relasjonen med sykepleieren medfører på en annen side at det blir vanskelig å håndtere den sårbare situasjonen i etterkant av hjerneslaget (Taule *et al.*, 2015). Tillit er ifølge Travelbee (2001, s. 108) vesentlig for å fremme håp, og innebærer at sykepleierens atferd gjenspeiler at hun er i stand til- og ønsker å hjelpe pasienten. Når relasjonen bygger på tillit får pasienten bedre forutsetninger til å formidle sine utfordringer- og behov til sykepleieren (Travelbee, 2001, s. 141). Meld. St. 29 (2012-2013) bekrefter at sykepleieren i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må utvikle en god relasjon for å imøtekomme pasientens behov.

Kommunikasjon med sykepleieren er viktig for håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet, da det gir mulighet for å dele erfaringer og bearbeide emosjonelle reaksjoner (Taule *et al.*, 2015). Soundy *et al.* (2010) så i likhet med Taule *et al.* (2015) at pasientenes håp ble fremmet gjennom kommunikasjonen med sykepleieren. Ifølge Travelbee (2001, s. 135) er kommunikasjon et virkemiddel som bidrar til å opprettholde et mellommenneskelig forhold mellom sykepleieren og pasienten. Å uttrykke følelser gjennom kommunikasjon med sykepleieren er en strategi pasienten benytter for å understøtte eget håp (Rustøen (2001, s. 98). Samhandlingsreformen fremhever at sykepleierens kommunikasjonsferdigheter bidrar til å mobilisere pasientens egne krefter (St.meld. 47 (2008-2009))). Kommunikasjonen utgjør muligens grunnlaget for en god relasjon, da det kan tenkes å gi sykepleieren bedre forutsetning for å kartlegge hvor pasienten befinner seg i rehabiliteringen, samt hva som er av betydning for håpet.

Sykepleierne og pasientene i studiene av Jones, Mandy og Partridge (2008) og Tutton *et al.* (2012) benyttet historiefortelling for å skape en god kommunikasjon- og relasjon. For å fremme håpet bør sykepleieren ha tid til å lytte, da pasienten har behov for å fortelle om følelser, bekymringer og fysiske utfordringer etter hjerneslaget (Arnaert, Sourial og Filteau, 2006; Popovich, Fox og Bandagi, 2007; Tutton *et al.*, 2012; Bright *et al.*, 2013; Taule *et al.*, 2015). Travelbee (2001, s. 123-124) og Tuntland og Ness (2014) bekrefter at sykepleieren kan fremme håp ved å være tilgjengelig- og villig til å lytte når pasienten ønsker å meddele



følelser og bekymringer i den hjemlige rehabiliteringen. Jones, Mandy og Partridge (2008) og Tutton *et al.* (2012) fant på en annen side at historiefortelling i enkelte tilfeller blir undervurdert av sykepleieren, og pasientene følte at dette resulterte i kommunikasjonsutfordringer som svekket håpet. Kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleier og pasient kan medføre ugunstige relasjonsbrudd i den hjemlige rehabiliteringsprosessen (Kvilhaugsvik og Husøy, 2015). Funnene indikerer at å tilrettelegge for historiefortelling kan hjelpe sykepleieren med å fremme pasientens håp.

Samarbeidet som oppstår i relasjonen kan hjelpe sykepleieren med å fremme håpet, som videre øker muligheten for vellykket rehabilitering i hjemmet (Popovich, Fox og Bandagi, 2007; Jones, Mandy og Partridge, 2008; Cross og Schneider, 2010; Soundy *et al.*, 2010; Tutton *et al.*, 2012; Taule *et al.*, 2015). Morgendagens omsorg vektlegger at gjensidig samarbeid med pasienten skal bidra til å skape gode relasjoner. Dette er betydningsfullt i hverdagen for slagpasienter med funksjonsnedsettelse som mottar rehabilitering, da det gir mulighet for fellesskap, mestring, engasjement og innflytelse (Meld. St. 29 (2012-2013)). Rehabilitering i hjemmet skal ifølge Birkeland og Flovik (2014, s. 39) baseres på samarbeid med pasienten. Rustøen (2001, s. 52 og 97) hevder at samarbeid i relasjonen fremmer håp, og at bistand fra sykepleieren er en viktig kilde for å opprettholde det. Til tross for dette opplever mange pasienter ifølge Meld. St. 29 (2012-2013) fortsatt manglende samarbeid med sykepleieren i primærhelsetjenesten. Med bakgrunn i funnene og egne erfaringer kan det tenkes at sykepleieren for å fremme håp, bør ilegge relasjonens samarbeid økt oppmerksomhet i den hjemlige rehabiliteringen.

## **6.2 Behovet for kunnskap og informasjon**

Studiene av Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Popovich, Fox og Bandagi (2007), Jones, Mandy og Partridge (2008), Cross og Schneider (2010), Soundy *et al.* (2010), Tutton *et al.* (2012), Bright *et al.* (2013) og Taule *et al.* (2015) viser at sykepleieren kan fremme håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet, ved å gi tilstrekkelig kunnskap- og informasjon. For å imøtekomme pasientens informasjonsbehov er det ifølge Taule *et al.* (2015) og Soundy *et al.* (2010) avgjørende at sykepleieren har kunnskap. Travelbee (2001, s. 39 og 140), bekrefter at sykepleierens kunnskap er nødvendig for å ivareta håpet hos pasienter som rehabiliteres etter hjerneslag. Til tross for dette er manglende kunnskap hos sykepleiere i

primærhelsetjenesten en utfordring som medfører at større deler av rehabiliteringen fortsatt foregår ved sykehus (St.meld. 47 (2008-2009)).

Studien av Cross og Schneider (2010) viser at sykepleieren bør tilegne seg kunnskap om- og være oppmerksom på håpets rolle, da det kan bidra til vellykket rehabilitering av slagpasienter. For å fremme håpet hos pasienter som rehabiliteres i hjemmet forutsetter det at sykepleieren har kunnskap om håpets betydning, samt svekkende- og styrkende faktorer (Rustøen, 2001, s. 100). Morgendagens omsorg hevder at sykepleierens kunnskap om innvirkningen funksjonsnedsettelse har på pasientens håp, er avgjørende for å ivareta faglig forsvarlig- og vellykket rehabilitering (Meld. St. 29 (2012-2013)). Manglende kunnskap hos sykepleiere kan ifølge Taule *et al.* (2015) medføre at pasienten utsettes for uforsvarlige avgjørelser, som kan bidra til at håpet reduseres. Dette synliggjør betydningen av at sykepleiere i den hjemlige rehabiliteringen baserer sine tiltak på kunnskap, da pasientens håp avhenger av å kunne stole på at avgjørelsene er faglig forsvarlige (*ibid.*). Travelbee (2001, s. 124) og Meld. St. 13 (2011-2012) understøtter at pasienten har behov for bekreftelse på at sykepleieren i sin utøvelse har tilstrekkelig kunnskap. Sykepleieren bør derfor anvende oppdatert- og forskningsbasert kunnskap i utviklingen av rehabiliteringstiltak (Meld. St. 13 (2011-2012)).

Sykepleieren bør bevisst ivareta- og anerkjenne pasientens kunnskapsbehov i den hjemlige rehabiliteringen, da det er hensiktsmessig for å fremme håp (Arnaert, Filteau og Sourial, 2006; Jones, Mandy, Partridge, 2008; Bright *et al.*, 2013; Taule *et al.*, 2015). Tuntland og Ness (2014) understreker at sykepleiere som involveres ved rehabilitering i hjemmet bør ta hensyn til pasientens behov for kunnskap. Sykepleiere som sørger for at pasienten tilegner seg kunnskap om funksjonsnedsettelse etter hjerneslag har ifølge Popovich, Fox og Bandagi (2007), Cross og Schneider (2010), Soundy *et al.* (2010), Bright *et al.* (2013) og Taule *et al.*, (2015) en positiv innvirkning på håpet. Det kan tenkes at sykepleieren anvender sin rehabiliterende funksjon når hun bistår slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet med å tilegne seg ny kunnskap (Lohne, 2010).

Pasientene i studien av Soundy *et al.* (2010) fremhever at det er vanskelig å oppleve håp foruten kunnskap- og informasjon fra sykepleier. Lohne (2010) bekrefter at et udekket informasjonsbehov svekker pasientens håp. Manglende informasjon kan ifølge Travelbee

(2001, s. 78) svekke håpet som følge av misforståelser, og sykepleieren bør derfor dele sin kunnskap med pasienten. Sykepleierens informasjon om hjerneslagets innvirkning på fysiske- og psykiske funksjoner bidrar til at pasienten tilpasser seg- og mestrer følelsesmessige reaksjoner, og er avgjørende for å fremme håpet i den hjemlige rehabiliteringen (Popovich, Fox og Bandagi, 2007; Bright *et al.*, 2013; Taule *et al.*, 2015). Rustøen (2001, s. 104 og 109) hevder at sykepleieren kan fremme pasientens håp ved å tilrettelegge for god- og planlagt informasjon om normale følelser som oppstår i rehabiliteringen. Dette synliggjør at kunnskap- og informasjonsoverføring er et viktig ansvar sykepleieren har i den hjemlige rehabiliteringen (St.meld. 47 (2008-2009); Helsedirektoratet, 2010).

Kunnskapsutveksling mellom pasient og sykepleier er ifølge Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Popovich, Fox og Bandagi (2007), Cross og Schneider (2010) og Taule *et al.* (2015) en forutsetning for å ta informerte avgjørelser, og bidrar til å fremme håp i hjemmerehabiliteringen. Sykepleierne i studien av Tutton *et al.* (2012) formidlet forståelig informasjon for å fremme pasientens håp i rehabiliteringsprosessen. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienten krav på tilpasset- og tilstrekkelig informasjon for å medvirke i gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Dette bekreftes av Norsk sykepleierforbund (2011), hvor det står at sykepleieren skal gi tilstrekkelig, tilpasset- og forståelig informasjon for å fremme selvstendige avgjørelser hos pasienten. Helsedirektoratet (2010) hevder at relevant- og forståelig informasjon skal vektlegges gjennom det hjemlige rehabiliteringsforløpet til slagpasienter. Rustøen (2001, s. 104 og 109) fremhever at sykepleierens ivaretagelse av pasientens informasjonsbehov er vesentlig for å fremme håp, da kunnskap om egne ressurser- og muligheter er sentralt for rehabiliteringen. Det kan derfor tenkes at sykepleiere som gir hjemlig rehabilitering bør etterstrebe å identifisere slagpasienters kunnskapsmangel.

Studien av Taule *et al.* (2015) viser at pasientens håp reduseres når sykepleierens informasjon ikke er tilstrekkelig tilpasset- eller utydelig. Rustøen (2001, s. 109) hevder at informasjon som ikke er tilpasset pasientens behov gjør det utfordrende for sykepleieren å fremme håp. Meld. St. 29 (2012-2013) påpeker at pasienter i primærhelsetjenesten fortsatt opplever at sykepleierens informasjon ikke er forståelig- og tilpasset. Dette synliggjør at det fortsatt er behov for forbedring når det gjelder sykepleierens informasjonsformidling (Meld. St. 10 (2012-2013)). Pasientene etterspør ifølge Meld. St. 13 (2011-2012) mer informasjon hos

sykepleiere i rehabiliteringen. Rustøen (2001, s. 109) fremhever at pasientene for å understøtte eget håp, har behov for mer informasjon om sykdom og rehabilitering. Med bakgrunn i funnene og egne erfaringer, kan det tenkes at sykepleieren for å fremme håp i den hjemlige rehabiliteringen, bør tilegne seg økt kunnskap om slagpasienters informasjonsbehov (Rustøen, 2001, s. 100).

### **6.3 Bistå pasienten med å utvikle realistiske mål**

Studiene av Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Popovich, Fox og Bandagi (2007), Cross og Schneider (2010), Soundy *et al.* (2010) og Tutton *et al.* (2012) viser at håpet er fremtidsrettet og derav en viktig faktor i rehabiliteringsprosessen hos slagpasienter. Til tross for dette fant Tutton *et al.* (2012) at det er utfordrende å fokusere på fremtiden- og håpet i etterkant av hjerneslaget. Travelbee (2001, s. 46 og 119) hevder at håpet er fremtidsrettet når pasienten ønsker å oppnå egne mål. Sykepleieren kan fremme håpet ved å bistå pasienten med å utvikle realistiske mål for fremtiden- og rehabiliteringen (Arnaert, Filteau og Sourial, 2006; Tutton *et al.*, 2012; Bright *et al.*, 2013). Rustøen (2001, s. 53) bekrefter at mål er avgjørende for å fremme håp, da det viser pasienten at positive endringer i rehabiliteringen er mulig. St.meld. 21 (1998-1999) og Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) støtter oppunder at sykepleiere benytter målsetting i utøvelsen, da rehabilitering er en prosess hvor pasientens egne mål er det viktigste. Nasjonal faglig retningslinje for hjerneslag påpeker at sykepleierens utvikling av realistiske mål er viktig for slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet (Helsedirektoratet, 2010).

Sykepleierens og pasientens bruk av realistiske mål er ifølge Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Jones, Mandy og Partridge (2008), Cross og Schneider (2010), Soundy *et al.* (2010), Tutton *et al.* (2012) og Taule *et al.* (2015) avgjørende for å fremme håpet, og bidrar til at rehabiliteringen gjennomføres. Cross og Schneider (2010) fant i sin studie at håp og mål utgjør grunnlaget for den hjemlige rehabiliteringsprosessen. Helsedirektoratet (2010) fremhever at utvikling- og oppfølging av målene er viktig i rehabiliteringen av hjerneslagpasienter. Travelbee (2001, s. 119-120) påpeker at pasientens håp avhenger av at målene kan realiseres. Det å fullføre et mål er ifølge Rustøen (2001, s. 53) vesentlig for opplevelsen av håp i rehabiliteringen. Sykepleie er en målrettet aktivitet som kan fremme håp, dersom pasientens innsats og handlinger bidrar til måloppnåelse (Lohne, 2010). Dette

synliggjør regjeringens ønske om å øke bruken av pasientens- og sykepleierens mål i den hjemlige rehabiliteringen (Meld. St. 29 (2012-2013)).

Studien av Soundy *et al.* (2010) viser at det er behov for å diskutere virkeligheten med pasienten i utviklingen av realistiske mål og håp for rehabiliteringen. Rustøen (2001, s. 107) hevder at sykepleieren fremmer håpet når hun tar utgangspunkt i pasientens virkelighet i utviklingen av realistiske mål. Lohne (2010) mener at håpets innhold bør være realistisk, selv om virkelighetsoppfatningen hos sykepleier og pasient er motstridende. I situasjoner hvor håpet er urealistisk er det nødvendig at sykepleieren realitetsorienterer pasienten (Soundy *et al.*, 2010; Tutton *et al.*, 2012; Taule *et al.*, 2015). Dette bidrar ifølge Arnaert, Filteau og Sourial (2006) til at pasienten tar hensyn til sine begrensninger i utviklingen av egne mål. På en annen side kan håpet reduseres ved at sykepleieren orienter om at pasientens mål er urealistiske (Soundy *et al.*, 2010). Dersom sykepleieren gir uttrykk for at pasientens håp er uoppnåelig medfører det ifølge Tutton *et al.* (2012) utfordringer i rehabiliteringen. Lohne (2010) bekrefter at håpet reduseres når sykepleieren anser pasientens mål som urealistiske, som videre kan bidra til forsinket rehabilitering. Det er derfor viktig at sykepleieren ikke fremstiller mål som umulige når håpet er urealistisk (Arnaert, Filteau og Sourial, 2006; Cross og Schneider, 2010; Bright *et al.*, 2013).

Urealistiske og uoppnåelige mål kan ifølge Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Soundy *et al.* (2010) og Bright *et al.* (2013) utfordre sykepleieren med å fremme håp. Rustøen (2001, s. 50) bekrefter at urealistiske mål er utfordrende, da det bidrar til økt engstelse for å mislykkes når pasienten ser at muligheten for å nå målene er liten. Tiltak sykepleieren kan benytte for å håndtere urealistisk håp er å justere rehabiliteringsmål, slik at de blir oppnåelige (Soundy *et al.*, 2010). Sykepleierne i Tutton *et al.* (2012) evaluerte regelmessig det som i henhold til funksjonsnedsettelsen var mulig å oppnå i hjemmet, og foretok deretter en justering av håpet og målene. Nasjonal faglig retningslinje for hjerneslag hevder at kontinuerlig evaluering av rehabiliteringsmål er hensiktsmessig for pasienter som rehabiliteres i hjemmet. Dette hjelper sykepleieren til å vurdere om målene er oppnåelige, eller om det bør foretas en justering (Helsedirektoratet, 2010). Til tross for justering av mål bør det ifølge Travelbee (2001, s. 117) tas i betraktning at pasienten ikke alltid kan oppnå det som håpes på.

Studien av Tutton *et al.* (2012) viser at det er utfordrende for sykepleiere å fremme håp foruten å gi pasienten urealistiske forhåpninger for rehabiliteringen. Dette kan medføre skuffelser, manglende motivasjon- og håp, og sykepleieren bør derfor unngå å love pasienten noe som er urealistisk (Tutton *et al.*, 2012; Bright *et al.*, 2013). Ifølge Taule *et al.* (2015) er det provoserende- og svekkende for håpet når sykepleieren er for optimistisk i utviklingen av mål. Sykepleieren svekker ifølge Rustøen (2001, s. 103) pasientens håp ved å gi urealistiske lovnader. Soundy *et al.* (2010) bekrefter at urealistisk håp som følge av uoppnåelige rehabiliteringsmål er ugunstig, da det i tillegg risikerer begrenset livskvalitet- og forsinket rehabilitering. Sykepleierne i studiene av Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Soundy *et al.* (2010) og Tutton *et al.* (2012) fremhevet at utvikling av realistiske mål er et viktig tiltak for å fremme håp. I dette arbeidet må sykepleieren vurdere pasientens funksjonsutfall etter hjerneslaget, slik at mulighetene for å gjenvinne funksjoner kan opprettholdes (Tutton *et al.*, 2012; Taule *et al.*, 2015). Realistiske mål gir ifølge Rustøen (2001, s. 50) pasienten bedre forutsetninger for måloppnåelse, samt øker håpet.

Målsetting er som følge av skillet mellom pasientens ønsker og realistiske forventninger ansett som et utfordrende arbeid for sykepleiere (Bright *et al.*, 2013). Dette bekreftes av Helsedirektoratet (2010), som hevder at sykepleieren møter ulike utfordringer i utformingen av realistiske rehabiliteringsmål, eksempelvis pasientens tidligere erfaringer. Rustøen (2001, s. 48) hevder at urealistiske ønsker om å bli slik som før hjerneslaget medfører utfordringer for sykepleieren. Pasientens tidligere negative erfaringer med manglende måloppnåelse kan ifølge Bright *et al.* (2013) være krevende for å fremme håpet. Hvis sykepleieren utvikler urealistiske rehabiliteringsmål svekkes håpet og motivasjonen for rehabiliteringen (Soundy *et al.*, 2010). Uoppnådde mål kan medføre at pasienten gir opp (Bright *et al.*, 2013), og sykepleieren bør derfor balansere mellom optimisme og realisme i utviklingen av mål (Taule *et al.*, 2015). Denne tilnærmingen bidrar ifølge Tutton *et al.* (2012) til en realistisk balansegang mellom potensialet for fremtidig gjenvinning av funksjoner og hjerneslagets alvorlighetsgrad. Soundy *et al.* (2010) og Bright *et al.* (2013) fremhever at mål bør ta utgangspunkt i pasientens identitet og det som er betydningsfullt. Rustøen (2001, s. 53) sier at å ha noe betydningsfullt å arbeide mot bidrar til styrket håp. Dette er i tråd med Helsedirektoratet (2010), hvor det står at pasientens identifikasjon med målene bidrar til at rehabiliteringen oppleves meningsfull.

Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Cross og Schneider (2010) og Tutton *et al.* (2012) fant at å anvende kortsiktige mål gir pasienten en tydelig retning mot langsiktige mål, som vil bidra til å fremme håp. Denne fremgangsmåten for målsetting gjør det enklere for sykepleieren å undersøke om rehabiliteringsmålene er realistiske, effektive-, eller har behov for justering (Arnaert, Filteau og Sourial, 2006; Cross og Schneider, 2010). Rustøen (2001, s. 107) støtter oppunder bruken av langsiktige- og kortsiktige mål, da det er hensiktsmessig for å fremme pasientens håp. Helsedirektoratet (2010) hevder at sykepleieren bør definere delmål og hovedmål i pasientens rehabiliteringsplan, samt tiltak som skal gjennomføres for å oppnå målene. Ifølge Soundy *et al.* (2010) kan sykepleieren gjennom rehabiliteringsprosessen fremme håpet ved å fokusere på små, konkrete og realistiske mål, og dette er i tråd med Helsedirektoratets (2010) nasjonale faglige retningslinje for hjerneslag. Når sykepleieren bistår pasienten med å utvikle realistiske mål, kan det tenkes at den fortolkende funksjonen anvendes (Kirkevold, 1997; Kirkevold, 2010).

Pasientene i Cross og Schneider (2010) og Soundy *et al.* (2010) beskriver målsetting som en viktig strategi for å fremme håpet i rehabiliteringen, da det oppstår fra oppnåelsen av personlige mål. Studien av Jones, Mandy og Partridge (2008), Cross og Schneider (2010) og Tutton *et al.* (2012) viser at måloppnåelse er tegn på fremgang i rehabiliteringen, og at dette fremmer pasientens håp for gjenvinning av funksjoner. Denne tilstedeværelsen av håp øker pasientens engasjement i utviklingen av nye fremtidige mål (Arnaert, Filteau og Sourial, 2006; Bright *et al.*, 2013). Rustøen (2001, s. 107) hevder at pasienter som evner å sette mål er håpefulle. Mål for fremtiden holder oppmerksomheten på muligheter istedenfor begrensninger, samt viser at det er oppnåelig (*ibid.*). Måloppnåelse er motiverende for håpet, da det inspirerer pasienten i rehabiliteringen (Travelbee, 2001, s. 117; Helsedirektoratet, 2010).

Å sette mål er en hensiktsmessig tilnærming sykepleieren kan bruke for å ivareta et realistisk syn på rehabiliteringen, uten at det svekker håpet (Jones, Mandy og Partridge, 2008; Taue *et al.*, 2015). For å fremme håp er det imidlertid en forutsetning at sykepleieren verdsetter pasientens egne mål (Jones, Mandy og Partridge, 2008). Slagpasienters håp for rehabiliteringen innebærer generelt å arbeide mot et mål, hvor gjenvinning av funksjoner er fremtredende (Cross og Schneider, 2010; Soundy *et al.*, 2010; Tutton *et al.*, 2012). Sykepleieintervensjoner som innebærer å utvikle realistiske mål er ifølge Arnaert, Filteau og

Sourial (2006) og Tutton *et al.* (2012) hensiktsmessig når sykepleieren utøver rehabilitering. Helsedirektoratet (2010) og Tuntland og Ness (2014) anbefaler at sykepleieren benytter mål for å bedre funksjonen hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet. Å ha mål fremmer ifølge Meld. St. 29 (2012-2013) innsikt, håp og mestring hos pasienten. Med bakgrunn i funnene og egne erfaringer, ser en at mål er en tilnærming som kan bidra til å ytterligere fremme håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet.

#### **6.4 Rehabilitering i hjemmet**

Studiene av Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Jones, Mandy og Partridge (2008), Tutton *et al.* (2012) og Taule *et al.* (2015) viser at slagpasienter ønsker å rehabiliteres i hjemmet. Rustøen (2001, s. 107) bekrefter at pasienter ønsker å returnere til hjemmet etter hjerneslaget. Det er ifølge Helsedirektoratets (2010) nasjonale faglige retningslinje for hjerneslag og Kvilhaugsvik og Husøy (2015) anbefalt at pasienter med moderat funksjonsnedsettelse tidlig utskrives til et rehabiliteringstilbud i hjemmet. Regjeringen vil gjennom økt fokus på rehabilitering bidra til at pasienter med funksjonsnedsettelse skal bli i stand til å bo hjemme (St.meld. 47 (2008-2009)). Meld. St. 29 (2012-2013) og Tuntland og Ness (2014) støtter opp under at kommunen tilrettelegger for rehabiliteringstilbud i hjemmet, da pasienter og sykepleiere er svært tilfredse med denne tilnærmingen. Rehabilitering i hjemmet er i samsvar med Samhandlingsreformen, da det imøtekommer helse- og omsorgstjenestens utfordringer (St.meld. 47 (2008-2009)).

For å fremme håp er det hensiktsmessig for sykepleieren å observere pasienten i kjente omgivelser (Taule *et al.*, 2015). Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Jones, Mandy og Partridge (2008), Cross og Schneider (2010), Tutton *et al.* (2012), Bright *et al.* (2013) og Taule *et al.* (2015) påpeker at pasienter anser det hjemlige rehabiliteringstilbudet som overgangen mot et normalt liv. Det å oppholde seg i kjente omgivelser er ifølge Jones, Mandy og Partridge (2008) og Taule *et al.* (2015) avgjørende for håpet hos slagpasienter. Rustøen (2001, s. 101) og Birkeland og Flovik (2014, s. 29) bekrefter at pasientens omgivelser er av stor betydning for håpet. Det er ifølge Tuntland og Ness (2014) fordelaktig for sykepleieren og pasienten når rehabiliteringen foregår i miljøet hvor aktivitetene skal utøves i ettertid. Rehabilitering i eget miljø er betydningsfullt for at sykepleieren kan lære pasienten å tilpasse seg utfordringene etter hjerneslaget (Jones, Mandy og Partridge, 2008). Tuntland og Ness (2014) bekrefter at



hjemmet er en viktig læringsarena når det gjelder rehabilitering, da opptreningen foregår i hverdagslivets naturlige situasjoner. Rehabilitering som foregår i eget hjem er hensiktsmessig som følge av at sykepleierens opptrening tar utgangspunkt i pasientens hverdagsliv (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015, s. 67).

Studiene av Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Cross og Schneider (2010), Soundy *et al.* (2010) og Taule *et al.* (2015) viser at det er betydningsfullt for håpet at sykepleieren bistår pasienten med å håndtere funksjonsnedsettelse i den hjemlige rehabiliteringsprosessen. Slagpasienter i rehabiliteringsfasen har ifølge Meld. St. 29 (2012-2013) behov for å opprettholde- og forbedre funksjonsnivået. Sykepleieren bidrar i den tverrfaglige tilnærmingen til gjenvinning av funksjoner- og vellykket rehabilitering ved å opprettholde pasientens aktivitetsnivå- og håp (Arnaert, Filteau og Sourial, 2006; Jones, Mandy og Partridge, 2008; Cross og Schneider, 2010; Tutton *et al.*, 2012; Bright *et al.*, 2013; Taule *et al.*, 2015). Rustøen (2001, s. 99 og 106) bekrefter at å fremme håp forbedrer muligheten for vellykket rehabilitering, da det øker pasientens aktivitetsnivå. Med bakgrunn i dette bør sykepleieren muligens øke fokuset på aktivisering i den hjemlige rehabiliteringen, da det er svært viktig for håpet hos slagpasienter med funksjonsnedsettelse (St.meld. 47 (2008-2009); (Meld. St. 29 (2012-2013))).

Rehabilitering i hjemmet bidrar ifølge Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Jones, Mandy og Partridge (2008), Cross og Schneider (2010), Tutton *et al.* (2012), Bright *et al.* (2013) og Taule *et al.* (2015) til at utførelsen av dagliglivets aktiviteter forbedres. Helsedirektoratet (2010) påpeker at rehabilitering rettet mot slike aktiviteter har vist god effekt hos hjemmeboende slagpasienter. Sykepleieren kan ved rehabilitering i hjemmet fremme håp ved å tilrettelegge for at pasienten gjenopptar daglige aktiviteter (Popovich, Fox og Bandagi, 2007; Jones, Mandy og Partridge, 2008; Cross og Schneider, 2010; Soundy *et al.*, 2010; Tutton *et al.*, 2012; Taule *et al.*, 2015). Rustøen (2001, s. 49 og 98) bekrefter at det å gjenoppta aktiviteter virker fremmende for pasientens håp. Sykepleieren bør derfor identifisere- og oppmuntre til aktiviteter som er viktige for pasienten (Rustøen, 2001, s. 106; Tunntland og Ness, 2014).

Overgangen til den hjemlige rehabiliteringen indikerer fremgang- og styrker slagpasienters håp (Bright *et al.*, 2013). På en annen side kan det ifølge Taule *et al.* (2015) medføre

håpløshet om pasienten ikke evner å håndtere ansvaret, og sykepleierens tilrettelegging for fysisk aktivitet ikke tilfredsstillende behovet. Rustøen (2001, s. 106-107) påpeker at inaktivitet gjør det utfordrende for sykepleier å fremme håp i rehabiliteringen. Sykepleierne i studiene av Popovich, Fox og Bandagi (2007), Tutton *et al.* (2012) og Taule *et al.* (2015) fremhevet at manglende trygghet i hjemmet som følge av funksjonsnedsettelse- og nedsatt selvstendighet reduserte aktivitetsnivået. Ved å tilrettelegge for mestring av- og selvstendighet i dagliglivets aktiviteter kan sykepleieren ifølge Popovich, Fox og Bandagi (2007) og Taule *et al.* (2015) fremme håp hos pasienter som rehabiliteres i hjemmet. Rustøen (2001, s. 50) og Norsk sykepleierforbunds (2011) yrkesetiske retningslinjer bekrefter at sykepleieren fremmer håp ved å tilrettelegge for mestring. Det er derfor betydningsfullt at sykepleieren som involveres i hjemlig rehabilitering iverksetter tiltak med fokus på økt aktivitetsnivå- og selvstendighet hos slagpasienter (Helsedirektoratet, 2010).

Sykepleieren kan fremme håp ved å bistå pasienten med å opprettholde et sosialt nettverk i den hjemlige rehabiliteringen (Arnaert, Filteau og Sourial, 2006; Cross og Schneider, 2010; Taule *et al.*, 2015). Til tross for dette fremhevet pasientene i studien av Taule *et al.* (2015) at sykepleierne viste lite interesse for deres sosiale relasjoner, som videre medførte isolasjon. Rustøen (2001, s. 105) hevder at det er utfordrende for sykepleieren å fremme håp om det ilegges lite oppmerksomhet til pasientens sosiale behov, da dette bidrar til isolasjon. Det er ifølge Taule *et al.* (2015) viktig at sykepleieren tidlig observerer- og forebygger sosiale utfordringer tilknyttet isolasjon hos pasienter som oppholder seg i hjemmet. Det å opprette et nettverkskart er et viktig sykepleietiltak som muligens forebygger isolasjon, da pasienten blir oppmerksom på sitt sosiale nettverk (Rustøen, 2001, s. 105). Meld. St. 29 (2012-2013) og Tunntland og Ness (2014) bekrefter at rehabilitering i hjemmet er hensiktsmessig for å fremme håp, dersom sykepleieren bistår pasienten med å vedlikeholde sosiale relasjoner.

For å fremme håp er det betydningsfullt at sykepleieren gir slagpasienter mulighet til å medvirke rundt avgjørelser i den hjemlige rehabiliteringen, da det bidrar til motivasjon og vellykket gjenvinning av funksjoner (Jones, Mandy og Partridge, 2008; Cross og Schneider, 2010; Tutton *et al.*, 2012; Taule *et al.*, 2015). Dette er i tråd med Helsedirektoratet (2010), hvor det står at pasientens medvirkning er vesentlig for å sikre vellykket hjemmerehabilitering. Ifølge Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) og Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er det viktig at sykepleieren sikrer pasientens medvirkning for å

oppnå best mulig rehabilitering. Samhandlingsreformen hevder at pasienter som medvirker i organisering av rehabiliteringstilbudet gir forutsetning for gode resultater (St.meld. 47 (2008-2009)). Når pasientens ønsker utgjør utgangspunktet for rehabiliteringstilbudet, sikrer det bedre kvalitet på primærhelsetjenesten (Meld. St. 10 (2012-2013); (Meld. St. 29 (2012-2013)). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten bekrefter at tjenester av god kvalitet involverer- og gir pasienten innflytelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dette synliggjør sykepleieren i det tverrfaglige teamet bør ta utgangspunkt i slagpasientens ønsker- og behov i utformingen av rehabiliteringstilbudet (Helsedirektoratet 2010; (Meld. St. 29 (2012-2013); Birkeland og Flovik, 2014, s. 29).

Jones, Mandy og Partridge (2008), Cross og Schneider (2010) og Taule *et al.* (2015) påpeker behovet for en forbedret tilnærming til medvirkning i den hjemlige rehabiliteringen av slagpasienter. Manglende medvirkning gjør det ifølge Cross og Schneider (2010) utfordrende for pasienten å opprettholde håpet for rehabiliteringen. Tuntland og Ness (2014) bekrefter at brukermedvirkning er utfordrende ved dette rehabiliteringstilbudet. I studiene av Jones, Mandy og Partridge (2008) og Taule *et al.* (2015) beskrev enkelte pasienter at rehabiliteringen var tydelig styrt av sykepleierens avgjørelser. Rustøen (2001, s. 107) hevder at håpet begrenses når sykepleieren tar avgjørelser. Deltakerne i studien av Taule *et al.* (2015) fremhevet på en annen side at det var betryggende når sykepleieren tok ansvar for enkelte avgjørelser. Rustøen (2001, s. 50) understøtter at enkelte avgjørelser må tas av sykepleieren, da det kan være belastende for pasienten å velge selv. Sykepleiere bør, om mulig, la pasienter ta avgjørelser angående egen rehabilitering for å fremme håp (Travelbee, 2001, s. 119 og 124). På denne måten respekterer sykepleieren pasientens rettighet til medbestemmelse (Norsk sykepleierforbund, 2011). Til tross for dette påpeker Meld. St. 29 (2012-2013) at enkelte pasienter fortsatt ikke møtes med respekt for sine verdier og preferanser. Regjeringen ønsker derfor at kommunene skal videreutvikle det tverrfaglige rehabiliteringstilbudet i hjemmet, gjennom økt fokus på å forsterke slagpasienters medvirkning (Helsedirektoratet, 2010; Meld. St. 29 (2012-2013)). Dette synliggjør at det er behov for at sykepleiere iverksetter nye tiltak for å aktivt involvere slagpasienter i rehabiliteringen (Helsedirektoratet, 2010).

## 6.5 Metodiske overveielser

For å finne svar på problemstillingen ble litteraturstudie som metode benyttet.

Litteraturstudiets søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, fremgangsmåte for utvelgelse av- og analysing av forskningsartikler har bidratt til å besvare problemstillingen.

De inkluderte forskningsartiklene i litteraturstudiet baseres på kvalitativ metode, bortsett fra en, som benytter både kvalitativ- og kvantitativ metode (Popovich, Fox og Bandagi, 2007). Flere kvantitative forskningsartikler ville muligens tilført besvarelsen en større innfallsvinkel til temaet, som følge av økt antall målbare data om sykepleieres og pasienters opplevelser (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2010a).

Da funnene samsvarte med nyere utvalgte forskningsartikler, ble det vurdert at forskningsartikler eldre enn 10 år hadde relevans for litteraturstudiet (Arnaert, Filteau og Sourial, 2006; Popovich, Fox og Bandagi, 2007). Enkelte av studiene foregikk i hjemmet, og var derfor relevante for problemstillingen (Jones, Mandy og Partridge, 2008; Cross og Schneider, 2010; Bright *et al.*, 2013; Taule *et al.*, 2015). Studiene av Arnaert, Filteau og Sourial (2006), Popovich, Fox og Bandagi (2007), Soundy *et al.* (2010) og Tutton *et al.* (2012) foregikk i sykehus og slagavdeling, men ble ansett å ha relevant- og overførbart kunnskap for sykepleiere som gir slagpasienter rehabilitering i hjemmet.

Det er kun to artikler som belyser opplevelser av håp fra perspektivet til helsepersonell (Soundy *et al.*, 2010; Tutton *et al.*, 2012). Soundy *et al.* (2010) undersøker håpet fra perspektivet og fagfeltet til fysioterapeuter, men anses som overførbart til sykepleieren, da yrkesgruppene samarbeider i det tverrfaglige teamet. Alle forskningsartiklene har utenlandsk opphav unntatt en (Taule *et al.*, 2015). Dette er muligens en svakhet for funnenes overførbart til norsk sykepleiepraksis, da Norges helsevesen er svært ulikt andre land, samt at sykepleieutøvelsen vil variere som følge av religion og kulturforskjeller. Alle forhold nevnt over tatt i betraktning, ble forskningsartiklene vurdert som relevante for litteraturstudiet, og har bidratt til å besvare problemstillingen.

Det ble i litteraturstudiet forsøkt å ha hovedfokus på primærkilder, da dette er opprinnelige utgaver av en tekst (Dalland, 2017, s. 162). Fagstoff fra forskningsartikler, stortingsmeldinger, lover, forskrifter, helsedirektoratet og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ble brukt som

primærkilder. Sekundærkilder som pensum- og faglitteratur ble benyttet, og har muligens hatt betydning for litteraturstudiets kvalitet, da teksten til den opprinnelige primærkilden er tolket, bearbeidet og presentert av en annen forfatter (Dalland, 2017, s. 158-159). Primær- og sekundærlitteratur rettet mot helsesektoren, sykepleiere og slagpasienter, ble vektlagt ved relevans for problemstillingen. Litteratur eldre enn 10 år som var i overensstemmelse med nyere utvalgt litteratur ble vurdert som uproblematisk. Bakgrunns litteraturen var imidlertid ikke tilstrekkelig for å understøtte enkelte funn i studiene, og det måtte derfor trekkes inn andre kilder i drøftingen.

Alle forskningsartiklene er skrevet på engelsk. Alle bøkene med unntak av tre er oversatt til- eller skrevet på norsk (Forsberg og Wengström, 2008; Aveyard, 2014; Polit og Beck, 2017). Dette kan ha medført feiltolkninger, og er muligens en svakhet i litteraturstudiet som bør tas i betraktning.

## **6.6 Forskningsetiske overveielser**

Forskningsetikk handler om ivaretagelse av personvernet og å forhindre at forskningsdeltakerne utsettes for unødige belastninger eller skader (Dalland, 2017, s. 235-236). Den nasjonale forskningsetiske komitéene gir ifølge Dalland (2017, s. 238) retningslinjer for forskningsetiske vurderinger. For å etisk vurdere forskningsartiklene ble “sjekkliste for vurdering av kvalitative forskningsprosjekter i Regional komité for medisin og helsefaglig forskningsetikk” brukt (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2010b). Alle utvalgte studier unntatt en er godkjent av en forskningsetisk komité (Popovich, Fox og Bandagi, 2007).

At forskningen ivaretar anonymitet er viktig for å beskytte deltakernes personvern slik at unødige belastninger unngås (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2014; Dalland, 2017, s. 239). Alle utvalgte forskningsartikler har tilfredsstillende anonymisert opplysninger. Samtykke er ifølge Helseforskningsloven (2008) ikke påkrevd i medisinsk- og helsefaglig forskning dersom opplysninger og materialet som benyttes er anonymisert. Alle studiene bortsett fra to har innhentet muntlig eller skriftlig samtykke til deltakelse fra deltakerne (Arnaert, Filteau og Sourial, 2006; Soundy *et al.*, 2010). Deltakerne kunne når som helst trekke seg, og ble informert om anonymitet i studiene foruten innhentet samtykke (*ibid.*).

Gjennom dokumentert, frivillig og informert samtykke viser utvalgte forskningsartikler respekt for deltakernes menneskeverd- og rettigheter, som er grunnleggende prinsipper for å fremme etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2008).

For å forebygge eventuelle belastninger hos deltakerne var det i en artikkel en sykepleier til stede under intervjuene, som kunne gi støtte ved følelsesmessige reaksjoner. I tillegg var forskerne sykepleiere med tilstrekkelig og relevant kompetanse om håp- og slagpasienter (Tutton *et al.*, 2012). Det er ifølge Helseforskningsloven (2008) hensiktsmessig å ta hensyn til deltakernes velferd for å ivareta gode, forskningsetiske forhold.

## 7.0 KONKLUSJON

For å fremme slagpasienters håp viser litteraturstudiet at det er viktig at sykepleieren utvikler en god relasjon til- og ivaretar behovet for informasjon og kunnskap hos pasienten. Studiet viser også at sykepleieren fremmer håp ved å bidra til å utvikle realistiske mål, samt ved å tilrettelegge for rehabilitering i hjemmet. Sykepleieren må støtte, respektere og samarbeide med slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet for å utvikle en god relasjon. I relasjonen må sykepleieren ta seg tid til å lytte og tilrettelegge for en god kommunikasjon for å skape gjensidig tillit. Sykepleieren må tilrettelegge for god, planlagt, forståelig og tilstrekkelig informasjon og kunnskap om hjerneslaget og rehabiliteringen når slagpasienter rehabiliteres i hjemmet. For å ivareta pasientens informasjonsbehov må sykepleieren ha kunnskap om funksjonsnedsettelse, hjerneslag og rehabilitering, samt anvende oppdatert- og forskningsbasert kunnskap. Sykepleieren må i tillegg ha kunnskap om håpets rolle og hvilke faktorer som påvirker det i den hjemlige rehabiliteringen. For å ivareta et realistisk håp må sykepleieren bistå pasienten med å utvikle kortsiktige og langsiktige mål som er realistiske i den hjemlige rehabiliteringen. Sykepleieren må identifisere daglige aktiviteter som opprettholder og forbedrer funksjonsnedsettelse hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet. Fokus på pasientens medvirkning og sosiale nettverk bidrar til god tilrettelegging av det hjemlige rehabiliteringstilbudet. Beskrevne faktorer viser seg å være betydningsfulle når sykepleieren skal fremme håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet.

Forskningen som er anvendt i litteraturstudiet fokuserer mer på helsepersonellens- og pasientenes opplevelser av håp, enn hvilke tiltak som bør iverksettes for å fremme det. På bakgrunn av dette så ser en at det er behov for ytterligere forskning på konkrete tiltak sykepleieren kan iverksette for å fremme håpet hos slagpasienter som rehabiliteres i hjemmet. Som følge av begrenset forskning bør det vektlegges videre studier på håpets betydning for den hjemlige rehabiliteringen, da dette er en forholdsvis ny arena sykepleieren møter slagpasienter på.

## 8.0 LITTERATURLISTE

Arnaert, A., Filteau, N. og Sourial, R. (2006) Stroke patients in the acute care phase: role of hope in self-healing, *Holistic Nursing Practice*, 20(3), s. 137-146. doi: 10.1097/00004650-200605000-00008.

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care*. 3. utg. Berkshire: Open University Press.

Birkeland, A. og Flovik, A.M. (2014) *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bright *et al.* (2013) Hope in people with aphasia, *Aphasiology*, (27(1), s. 41-58. doi: 10.1080/02687038.2012.718069.

Christoffersen *et al.* (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Cross, A. og Schneider, M. (2010) A Preliminary Qualitative Analysis of the Impact of Hope on Stroke Recovery in women, *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), s. 484-495. doi: 10.1310/tsr1706-484.

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

De nasjonale forskningsetiske komitéene (2010a) *1. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder - likheter og forskjeller*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/> (Hentet: 14. april 2018).



De nasjonale forskningsetiske komitéene (2010b) *Sjekkliste for vurdering av kvalitative forskningsprosjekter i Regional komité for medisin og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/Sjekkliste-for-vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekter-i-REK/> (Hentet: 14. april 2018).

De nasjonale forskningsetiske komitéene (2014) *4. Personopplysninger, konfidensialitet og anonymisering*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/etiske-retningslinjer-for-forskning-pa-internett/personopplysninger-konfidensialitet-og-anonymisering/> (Hentet: 15. april 2018).

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och kultur.

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256> (Hentet 05. mars 2018).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 05. mai 2018).

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Hjerneslag.pdf> (Hentet: 10. mars 2018).

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet: 09. mai 2018).

Jones, F., Mandy, A. og Partridge, C. (2008) Reasons for recovery after stroke: A perspective based on personal experience, *Disability and Rehabilitation*, 30(7), s. 507-516. doi: 10.1080/09638280701355561.

Kirkevold, M. (1997) The Role of Nursing in the Rehabilitation of Acute Stroke Patients: Toward a Unified Theoretical Perspective, *Advances in Nursing Science*, 19(4), s. 55-64. doi: 10.1097/00012272-199706000-00005.

Kirkevold, M. (2010) The role of Nursing in the Rehabilitation of Stroke Survivors: An Extended Theoretical Account, *Advances in Nursing Science*, 33(1), s. E27-E40. doi: 10.1097/ANS.0b013e3181cd837f.

Krogstad, J.M. (2015) *Hva er ervervet hjerneskade*. Tilgjengelig fra: [https://www.sunnaas.no/Documents/Brosjyrer/Hva\\_er\\_ervervet\\_hjerneskade.PDF](https://www.sunnaas.no/Documents/Brosjyrer/Hva_er_ervervet_hjerneskade.PDF) (Hentet: 05. april 2018).

Kvilhaugsvik, B. og Husøy, G. (2015) *Rehabilitering etter hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/hjemmebasert-rehabilitering> (Hentet: 05.mars 2018).

Lohne, V. (2010) Håp og håpløshet, i Knutstad, U (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. 3. utg. Oslo: Akrhelseibe AS, s. 108-124.

Lohne, V. og Severinsson, E. (2005) Patients experiences of hope and suffering during the first year following acute spinal cord injury, *Journal of Clinical Nursing*, 14(3) s. 285–293. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2004.01088.x> (Hentet: 21. mars 2018).

Meld. St. 10 (2012-2013) (2013) *God kvalitet - trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf> (Hentet: 02. mai 2018).

Meld. St. 13 (2011-2012) (2012) *Utdanning for velferd: Samspill i praksis*. Oslo: Det kongelige kunnskapsdepartement. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf> (Hentet: 02. mai 2018).

Meld. St. 29 (2012-2013) (2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf> (Hentet: 06. mars 2018).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf> (Hentet: 19. februar 2018).

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (Hentet: 10. mars 2018).

Nortvedt *et al.* (2012) *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. 2 utg. Oslo: Akribe.

NSD: Norsk senter for forskningsdata. (2018) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 19. februar 2018).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven> (Hentet: 05. mai 2018).

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2017) *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. 9. utg. Philadelphia: Wolters Klüver Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Popovich, J.M., Fox, P.G. og Bandagi, R. (2007) Coping with stroke: psychological and social dimensions in U.S. patients, *The international Journal of Psychiatric Nursing Research*, 12(3), s. 1474-1487. Tilgjengelig fra: <https://pdfs.semanticscholar.org/a350/de4ae948be1f861286edffd7786b4aff60bd.pdf> (Hentet: 20. februar 2018).

Romsland, I.G., Dahl, B. og Slettebø, Å. (2015) *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rustøen, T. (2001) *Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015*. (IS-nummer: IS-1162). Oslo. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf> (Hentet: 02. mai 2018).

Soundy *et al.* (2010) A qualitative study in neurological physiotherapy and hope: Beyond physical improvement, *Physiotherapy Theory & Practice*, 26(2), s. 79-88. doi: 10.3109/09593980802634466.

St.meld. 21 (1998-1999) (1999) *Ansvar og meistring*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

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

Taule *et al.* (2015) Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), s. 651-661. doi: 10.1111/scs.12193.

Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tuntland, H. og Ness, N.E. (red.) (2014) *Hverdagsrehabilitering*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tutton *et al.* (2012) Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study, *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), s. 2061-2069. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05899.x.

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

## 9.0 VEDLEGG

### Vedlegg 1: Søkehistorikk

Referanse Dato	Søkeord	Databaser	Kombinasjoner	Antall treff
Artikkel 1: Jones, F., Mandy, A. og Partridge, C. (2008)  12.01.2018	1. Stroke 2. Recovery 3. Hope 4.	CINAHL (EBSCO)	1 and 2 and 3	52753 22833 3434 12 (artikkel nr. 7)
Artikkel 2: Tutton <i>et al.</i> (2012)  19.02.2018	1. Stroke 2. Recovery 3. Hope 4. Stroke care 5. Nursing 6.	CINAHL (EBSCO)	1 and 2 and 3 and 4 and 5	54440 23849 3593 1271 617284 1
Artikkel 3: Cross, A. og Schneider, M. (2010)  19.02.2018	1. Stroke 2. Recovery 3. Hope 4.	CINAHL (EBSCO)	1 and 2 and 3	54440 23849 3593 12 (artikkel nr. 6)
Artikkel 4: Popovich, J.M., Fox, P.G. og Bandagi, R. (2007)  19.01.2018	1. Stroke 2. Recovery 3. Hope 4.	CINAHL (EBSCO)	1 and 2 and 3	52753 22833 3434 12 (artikkel nr. 4)
Artikkel 5: Arnaert, A., Filteau, N. og Sourial, R. (2006)  19.02.2018	1. Stroke 2. Psychosocial factors 3. Hope 4. Nursing 5.	CINAHL (EBSCO)	1 and 2 and 3 and 4	54440 335161 3593 617284 8 (artikkel nr. 4).
Artikkel 6: Bright <i>et al.</i> (2013)  12.01.2018	1. Stroke 2. Psychosocial factors 3. Hope 4.	CINAHL (EBSCO)	1 and 2 and 3	52753 324811 3434 17 (artikkel nr. 6)
Artikkel 7: Soundy <i>et al.</i> (2010)  19.02.2018	1. Hope 2. Nervous system diseases 3. Rehabilitation 4. Physical improvement 5. 6.	CINAHL (EBSCO)	3 or 4 1 and 2 and 5	3593 587498 230279 32 230298 47 (artikkel nr. 1)
Artikkel 8: Taule <i>et al.</i> (2015)  23.02.2018	1. Stroke 2. Hope 3. Home rehabilitation 4. Rehabilitation 5. Recovery 6. 7.	CINAHL (EBSCO)	4 or 5 1 and 2 and 3 and 6	54513 3600 1701 230851 23888 249974 1

## Vedlegg 2: Artikkelmatrise

ARTIKKEL ÅRSTALL FORFATTER LAND TIDSSKRIFT	HENSIKT	METODE	DELTAKERE	RESULTATER (HOVEDFUNN)
Reasons for recovery after stroke: A perspective based on personal experience (2008) av Jones, F., Mandy, A. og Partridge, C.  USA  Disability and Rehabilitation	Hensikten var å lære mer om individuelle oppfatninger og personlige strategier som brukes for å støtte rehabiliteringsperioden etter hjerneslaget. I tillegg ville forskerne identifisere hjelpende og utfordrende faktorer for rehabiliteringen.	Kvalitativ studie.  Pasientene deltok i intervjuer med en varighet på 60-90 minutter.  Datainnsamlingen foregikk både ved sykehuset og i pasientenes hjem, når de samtidig mottok varierende bistand fra kvalifisert helsepersonell.  Det ble gjort lydopptak av intervjuene, og innholdet ble transkribert ordrett.	10 slagpasienter i alderen 29-75 år, fire kvinner og seks menn.  Det ble utvalgt pasienter i ulike faser av rehabiliteringen og med ulik grad av funksjonsbegrensninger.  Pasienter med alvorlig kognitiv svikt og talevansker ble utelatt fra studien.	Fem sentrale temaer som påvirket opplevelsen blant alle deltakerne ble funnet: personlig tro og kontroll over rehabiliteringen, håp og optimisme, oppfatninger av å være avhengig av andre mennesker, markører for uavhengighet og terapeutiske interaksjoner.  Temaene var relatert til egen tro, styrke og viktige hendelser og erfaringer med innvirkning på gjenoppretting av funksjoner, og dette påvirket rehabiliteringen. Alle deltakerne uttrykte generell optimisme og håp om rehabiliteringen, som bidro til å mestre fremtiden.
Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study (2012) av Tutton <i>et al.</i>  Storbritannia  Journal of Advanced Nursing	Hensikten var å undersøke erfaringer om håp hos helsepersonell og pasienter ved en slagenhet. I tillegg ville de utforske håpets betydning i forbindelse med hverdagslivet og rehabiliteringen etter hjerneslaget, samt hvilken betydning det hadde for å bli bedre av sykdom.	Kvalitativ studie.  Pasientene deltok i intervjuer med en varighet på 60 minutter.  Forskeren var en erfaren sykepleier som også deltok i 21 timers deltakende observasjon av den daglige omsorgen.  Datainnsamlingen foregikk ved slagavdelingen.  Det ble gjort lydopptak av intervjuene, og innholdet ble transkribert ordrett.	10 slagpasienter i alderen 37-72 år, syv menn og tre kvinner.  10 ansatte fra et tverrfaglig team som besto av en fysioterapeut, ergoterapeut, lege, hjelpepleier og 6 sykepleiere.  Pasienter med talevansker og kognitiv svikt ble utelatt fra studien.	Det ble funnet fire sentrale temaer tilknyttet deltakernes opplevelser av håp: lidelse, strev med manglende håp og fortvilelse, håp for rehabiliteringen og realistiske forhåpninger.  Håpet hadde en svært viktig betydning for pasientenes rehabilitering, og var avgjørende når tap av selvstendighet, funksjonsevne og kognitiv kapasitet var fremtredende.
A preliminary Qualitative Analysis of the Impact of Hope on Stroke Recovery in Women (2010) av Cross, A. og Schneider, M.	Hensikten var å undersøke håpets innflytelse på rehabiliteringen hos kvinner minst seks måneder etter hjerneslaget. I tillegg ville forskerne identifisere hvilke faktorer som påvirker håpet i de senere stadiene av rehabiliteringen.	Kvalitativ studie.  Pasientene deltok i 10 semistrukturerte intervjuer med en varighet på 30 til 90 minutter.	10 kvinnelige slagpasienter i alderen 71-100 år.  Det ble utvalgt kvinnelige pasienter over 60 år som hadde deltatt i et individuelt rehabiliteringsprogram, hvor det	Det ble funnet tre faktorer som hadde innflytelse på deltakernes opplevelse av håp: eksterne, interne og personlige faktorer.  Håpet ga motivasjon til å fortsette rehabiliteringen. Fremgang var viktig for å

<p>USA</p> <p>Topics in Stroke Rehabilitation</p>		<p>Datainnsamlingen foregikk etter ønske i pasientenes hjem.</p> <p>Det ble gjort lydopptak av intervjuene, og innholdet ble transkribert.</p> <p>Forskeren skrev i tillegg feltnotater etter hvert intervju.</p>	<p>var minst seks måneder siden hjerneslaget.</p> <p>Pasienter med kognitive begrensninger og kommunikasjonsutfordringer ble ikke utelatt fra studien.</p>	<p>oppretholde håpet, og små forbedringer i rehabilitering ga håp for fremtiden.</p>
<p>Coping with Stroke: psychological and social dimensions in U.S. patients (2007) av Popovich, J.M., Fox, P.G. og Bandagi, R.</p> <p>USA</p> <p>The international Journal of Psychiatric Nursing Research</p>	<p>Hensikten var å undersøke pasientenes opplevelse av hjerneslaget ved å se på erfaringer, mestringsstrategier og håp om bedring i rehabiliteringsfasen.</p>	<p>Kvalitativ og kvantitativ studie.</p> <p>Pasientene deltok i et strukturert intervju med en varighet på 45 minutter og svarte på flere spørreskjemaer.</p> <p>Datainnsamlingen foregikk ved sykehuset.</p> <p>Det ble gjort lydopptak av intervjuene, og innholdet ble transkribert.</p>	<p>60 slagpasienter i alderen 51-89 år. 53 % menn og 47 % kvinner.</p> <p>Deltakernes kognitive funksjon og taleevne ble undersøkt.</p> <p>De som oppfylte kravene ble ansett å kunne gi pålitelige svar og ble derfor invitert til å delta i studien.</p>	<p>Det ble funnet to kategorier som påvirket deltakernes håp etter slaget: generelle og spesifikke håp.</p> <p>Generelle håp var å fullføre fremtidige mål, at tilstanden ikke ble forverret, og å bli frisk.</p> <p>Spesifikke håp var at hjerneslagets utfall skulle reduseres, å gjenoppta aktiviteter, håp relatert til pårørende og håp om selvstendig- og uavhengighet.</p>
<p>Stroke patients in the acute care phase - role of hope in self-healing (2006) av Arnaert, A., Filteau, N. og Sourial, R.</p> <p>Canada</p> <p>Holistic Nursing Practice</p>	<p>Hensikten var å belyse og undersøke slagpasienters opplevelse av håp i den akutte omsorgsfasen av sykdommen.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Pasientene deltok i semistrukturerte intervjuer med en varighet på 30-40 minutter, innenfor 15 dager etter hjerneslaget.</p> <p>Datainnsamlingen foregikk ved en slagavdeling i et nevrologisk sykehus.</p> <p>Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som i tillegg til feltnotatene ble transkribert.</p> <p>To spesialiserte sykepleiere som arbeidet ved slagavdelingen diskuterte også temaene som ble funnet.</p>	<p>8 slagpasienter i alderen 19-90 år, fire kvinner og fire menn.</p> <p>En spesialisert sykepleier ved slagavdelingen identifiserte og rekrutterte kvalifiserte pasienter.</p> <p>Det ble utvalgt pasienter med nylig diagnostisert hjerneslag.</p> <p>Pasienter med afasi, begrenset kommunikasjonssevne og redusert kognitiv funksjon ble utelatt fra studien.</p>	<p>Det ble funnet fem kategorier av deltakernes opplevelser av håp i den akutte omsorgsfasen; historiefortelling, synet på håpet, aktivt eller passivt håp, selvhelbredelse, bekymringer og bekymringer for fremtiden.</p> <p>Pasienter med passivt håp fokuserte ikke på fremtiden, var opptatt av nåværende situasjon, frykt, frustrasjon og bekymringer.</p> <p>Pasienter med aktivt håp hadde funksjonsnedsettelse, men hadde en tilstedeværelse av håp som var fremtidsrettet og optimistisk.</p>
<p>Hope in people with aphasia</p>	<p>Hensikten var å utforske hvordan slagpasienter med afasi erfarte håp i den første</p>	<p>Kvalitativ metodologisk studie.</p>	<p>5 slagpasienter i alderen 41-62 år.</p>	<p>Håpet ble opplevd som aktivt eller passivt, fremsto som dynamisk og</p>



<p>(2013) av Bright <i>et al.</i></p> <p>New Zealand</p> <p>Aphasiology</p>	<p>perioden av rehabiliteringen. Forskerne ville også finne faktorer som påvirket opplevelsen av håp.</p>	<p>Pasientene deltok i tre strukturerte intervjuer med en varighet på 60-90 minutter.</p> <p>Datainnsamlingen foregikk i pasientenes hjem over tre uker.</p> <p>Det ble gjort lydopptak av intervjuene, og innholdet ble transkribert.</p> <p>Det ble gjort videoopptak av det andre og tredje intervjuet for å kartlegge non-verbal kommunikasjon.</p>	<p>Det ble utvalgt pasienter i alderen 16-64 år som hadde hatt venstresidig hjerneslag som resulterte i afasi, var i første fasen av rehabiliteringen, og var i stand til å kommunisere non-verbalt eller verbalt.</p>	<p>komplekst, og var påvirket av en rekke faktorer.</p> <p>Aktivt håp var fremtidsrettet og innebar å identifisere håp for fremtiden og å arbeide mot det, og inkluderte brede, personlige og meningsfylte forhåpninger, samt spesifikke håp.</p> <p>Passivt håp ble sammenlignet med positivitet, og var den primære formen for håp, hvor pasientene følte en konstant tilstedeværende og følelse av håp, og som alle erfarte.</p>
<p>A qualitative study in neurological physiotherapy and hope: Beyond physical improvement (2010) av Soundy <i>et al.</i></p> <p>England</p> <p>Physiotherapy Theory &amp; Practice</p>	<p>Hensikten var å undersøke betydningen av ulike typer håp som fysioterapeuter identifiserte hos pasienter med neurologiske sykdommer. I tillegg ville forskerne fastsette håpets rolle i klinisk praksis og illustrere hvordan ulike sykdomsprogner kan påvirke håpet.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Fysioterapeutene deltok i et semistrukturert intervju.</p> <p>Datainnsamlingen foregikk ved helsefagskolen ved Birmingham universitet.</p> <p>Det ble gjort lydopptak av intervjuene, og innholdet ble transkribert.</p>	<p>9 kvinnelige fysioterapeuter med 4-17 års erfaring innenfor neurologiske sykdommer.</p> <p>Erfaringen ble ansett som viktig i utvelgelsen av deltakere, da det ble ansett å gi forskerne kunnskap om klinisk praksis, behandling og pasientgruppen.</p>	<p>Håpets kompleksitet og ulike typer håp sett i rehabilitering ble beskrevet fra fysioterapeutenes perspektiv. Håpet var en viktig del av samhandlingen mellom pasient og fysioterapeut, og ble utviklet gjennom kommunikasjon.</p> <p>Fysioterapeutene fremhevet fem temaer tilknyttet pasientenes opplevelser av håp; realistisk håp, falskt håp, å akseptere håp, tro på håpet og manglende håp.</p>
<p>Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation (2015) av Taule <i>et al.</i></p> <p>Norge</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p>	<p>Hensikten var å utforske slagpasienters erfaringer med hjemmebasert rehabilitering etter tidlig utskrivelse fra sykehuset. I tillegg ville de identifisere hvilke strategier helsepersonell bruker når de tilnærmer seg pasienter som utskrives til eget hjem for rehabilitering etter gjennomgått hjerneslag.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Pasientene deltok i fortolkende intervjuer.</p> <p>Datainnsamlingen foregikk i både hjemmet og ved en helseinstitusjon, 6-8 måneder etter hjerneslaget.</p> <p>Det ble gjort lydopptak av intervjuene, og innholdet ble transkribert ordrett.</p>	<p>8 slagpasienter i alderen 45-80 år. 4 kvinner og 4 menn.</p> <p>Pasientene ble fulgt opp i seks måneder, og mottok hjemmebasert rehabilitering fra et tverrfaglig rehabiliteringsteam spesialisert på denne typen rehabilitering.</p> <p>Pasienter uten behov for rehabilitering og nedsatt taleevne ble utelatt fra studien.</p>	<p>Deltakernes erfaringer med rehabilitering i hjemmet var tilknyttet to temaer; håp for et liv verdt å leve og møtet med helsepersonell.</p> <p>Tverrfaglig samarbeid og samarbeid med pasienten kunne øke sjansene for vellykket rehabilitering, og å være hjemme i kjente omgivelser ble ansett som positivt.</p>

