

Nora Antonie Arnøy

Livet etter hjerneslag

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Marianne Tevik Singstad
Mai 2022

Nora Antonie Arnøy

Livet etter hjerneslag

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Marianne Tevik Singstad
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Livet etter hjerneslag

Bakgrunn: Hjerneslag er en av de hyppigste dødsårsakene og en vanlig årsak til funksjonsnedsettelse. Hendelsen er vanskelig å forberede seg på, og de fleste havner i kamp om å finne en sammenheng mellom livet før og etter. Etter ny definisjon på rehabilitering, skal det være større fokus på selvstendighet, mestring, og deltakelse sosialt og i samfunnet, heller enn fokus på opptrening.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å undersøke hva den rammede og pårørende opplever som positivt og betydningsfullt i oppfølgingen etter hjerneslag.

Metode: Denne studien ønsker å finne relevant forskning ved bruk av litteraturstudie. Studien inkluderer fem fagfelleverderte artikler, som videre drøftes opp imot relevant litteratur.

Resultat: Resultatene fra artiklene etablerte fire temaer som ble diskutert; sosial posisjon – identitet, behovet for støtte – profesjonelt og sosialt, deltakelse og medvirkning, og mål og forventninger.

Konklusjon: Funn tyder på at det trengs et større brukerperspektiv under oppfølgingen, med fokus på den enkeltes ressurser, ønsker og behov. Den rammede og deres pårørende bør involveres mer i sin egen prosess, med en forutsetning av at det har blitt gitt tilstrekkelig med informasjon fra helsepersonell. For god kvalitet på tjenestene kan det være nyttig å ta i bruk individuell plan, med planlegging gjennom en koordinator, for å få et best mulig helhetlig tilbud.

Nøkkelord: Hjerneslag, pårørende, rehabilitering, livskvalitet, helsepersonell

Abstract

Title: Life after stroke

Background: Stroke is one of the most common causes of death and a common cause of disability. The stroke is difficult to prepare for, and most people end up in a struggle to find a connection between the life before and after. According to the new definition of rehabilitation, there should be a greater focus on independence and coping, and participation socially and in society, rather than just focusing on training.

Aim: The aim of this study is to investigate what strokesurvivors and their relatives experience as positive and significant in the follow-up after a stroke.

Method: This study seeks to find relevant research using literature study. The study includes five peer-reviewed articles, which are further discussed against relevant literature.

Results: The results from the articles established four topics that were discussed; social position - identity, the need for support - professionally and socially, participation and contribution, and goals and expectations.

Conclusion: Findings indicate that a larger perspective on the main person is needed during the follow-up, with a focus on the individual's resources, wishes and needs. The strokesurvivors and their relatives should be more involved in their own process, provided that sufficient information has been provided by professionals. For good quality of services, it can be useful to use an individual plan, with planning through a coordinator, to get the best possible comprehensive offer.

Keywords: stroke, relatives, rehabilitation, quality of life, health professionals

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Avgrensning	1
1.3 Forforståelse.....	1
1.4 Hensikt	2
1.5 Begrepsavklaring	2
2.0 Teori	2
2.1 Hjerneslag.....	2
2.2 Rehabilitering	3
2.3 Individuell plan og koordinator.....	3
2.4 Holdninger og stereotyper	4
2.5 Vernepleierrollen	4
2.6 Helsepersonelloven.....	5
2.7 Vernepleierens kjerneroller	5
2.8 Brukermedvirkning og selvbestemmelse.....	6
3.0 Metode	7
3.1 Fremgangsmåte	7
3.2 Litteratursøk	9
3.3 Litteraturmatrise	9
3.4 Analyse.....	14
4.0 Resultater	16
4.1 Sosial posisjon – identitet.....	16
4.2 Behovet for støtte – profesjonelt og sosialt.....	16
4.3 Deltakelse og medvirkning	17
4.4 Mål og forventninger.....	18
5.0 Diskusjon	18
5.1 Brukerperspektiv	18
5.2 Pårørendeperspektiv	22
5.3 Vernepleiers perspektiv	22
5.4 Metodediskusjon	23
6.0 Konklusjon	24
7.0 Referanser	25

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge rammes ca. 12 000 personer av hjerneslag hvert år, det er en av de hyppigste dødsårsakene og en vanlig årsak til funksjonsnedsettelse (LFS-Landsforeningen for slagrammede, u.å.). Å bli rammet av hjerneslag er en akutt og uventet hendelse, som er umulig å forberede seg på, og de fleste vil kjempe for å finne en sammenheng mellom livet før og etter hendelsen (Normann et al., 2019). Det kan være vanskelig å se for seg et fremtidig liv, og motivasjon for å kjempe for fremtiden kan sitte langt inne. Det er mye fokus på trening i rehabiliteringsfasen, men like viktig er mestring og god livskvalitet.

Til å starte med var fokuset rettet mot hvordan man som vernepleier kan ivareta rammede og pårørende etter hjerneslag. På bakgrunn av egen praksis med erfaring innenfor rehabilitering har man sett at det finnes noen utfordringer i forbindelse med oppfølgingen. Med synspunkter fra helsepersonellens perspektiv, vil denne oppgaven fokusere på hvilke erfaringer slagrammede og pårørende har om oppfølging og støtte fra helsevesenet, og hva som er viktig for dem etter et hjerneslag. Oppgaven ønsker derfor å svare på problemstillingen «*Hvilke faktorer er viktig for å ivareta den rammede og pårørende etter hjerneslag*»

Dette temaet er relevant for vår kompetanse som vernepleier. Vernepleiekompetasen har relevans innenfor rehabilitering, hvor man fokuserer på å ivareta et helsefaglig, sosialfaglig og pedagogisk perspektiv. Vi jobber sammen med den rammede på nye måter, der man ser sammenhengen mellom medisinske, sosiale og relasjonelle perspektiver (Nordlund et al., 2015). En vernepleier skal veilede og gi tjenester ut fra deres behov for økt livskvalitet (Nordlund et al., 2015).

1.2 Avgrensning

Hjerneslag er et omfattende tema som kan ramme både yngre og eldre mennesker. Denne oppgaven baserer seg på rammedes og pårørendes erfaringer uavhengig av kjønn og alder. Dette for å få flere perspektiver med tanke på tilrettelegging av den enkeltes behov.

1.3 Forforståelse

Min forforståelse om tema ligger i egne erfaringer av å stå nært noen som har opplevd hjerneslag. På bakgrunn av egne erfaringer på dette tema, er jeg bevisst hvordan dette kan påvirke hva man ønsker å finne og valg av artikler.

1.4 Hensikt

Denne oppgaven har som hensikt å undersøke hva rammede og pårørende opplever som betydningsfullt i oppfølgingen etter hjerneslag. Oppgaven bygger på rammede og pårørendes erfaringer med oppfølging fra helsevesenet, etter gjennomgått hjerneslag.

1.5 Begrepsavklaring

I denne oppgaven blir det benyttet flere begreper for den som mottar bistand. I oppgavens teoridel blir begrep som bruker, tjenestemottaker og pasient brukt om hverandre, ut ifra hvordan de blir brukt i litteraturen. I oppgavens resultat- og diskusjonsdel blir det i hovedsak brukt rammede. Begreper som blir brukt om de som yter bistanden er helsepersonell og vernepleier.

2.0 Teori

2.1 Hjerneslag

Hjerneslag er en fellesbetegnelse for hjerneinfarkt og hjerneblødning. Kort er forskjellen på disse at hjerneinfarkt er en blodpropp som hindrer blodomløpet i hjernen, og hjerneblødning er når en åre i hjernen sprekker (Helsenorge, 2020). De vanligste risikofaktorene for hjerneslag er høyt blodtrykk, diabetes, røyking, hjertesykdom, høyt alkoholforbruk og alder (LFS, u.å.). Kjente symptomer på hjerneslag er nedsatt kraft i arm eller bein, talevansker eller ansiktsskjevhet. Disse symptomene er de vi ofte forbinder med ordene PRATE, LØFTE OG SMILE (LHL hjerneslag, u.å.). Andre symptomer kan være nummenhet, synsforstyrrelser, koordinasjon, hodepine og svimmelhet (LHL hjerneslag, u.å.).

Konsekvensene av et hjerneslag er avhengig av type slag, hvor raskt man får hjelp, type behandling og rehabiliteringen (LHL hjerneslag, 2015). Etter hvert er det mange som kan oppleve den samme livssituasjonen som før, mens andre trenger mer tid eller får varige men. LHL (2015) skriver at 1/3 av de rammede blir nesten helt restituert, 1/3 får redusert funksjon, men er mer eller mindre selvhjulpne, 1/3 får en funksjonssvikt med behov for hjelp fra andre, og rundt 20% av de som har hatt slag blir sykehjemspasienter.

Et hjerneslag påvirker i stor grad også familien. Endringene forandrer livsbetingelsene for hele familien, og pårørende får mange roller å fylle. Pårørende får nye omsorgsoppgaver, og opparbeidede roller endres (LHL hjerneslag, 2015; Nordahl-Pedersen & Martinussen, 2020). Planleggingen etter et hjerneslag er en samarbeidsprosess som inkluderer familie, som i stor grad også har behov for støtte for å oppnå livskvalitet (Normann et al., 2019).

2.2 Rehabilitering

Rehabilitering er et tidsavgrenset helhetlig tilbud, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Helsedirektoratet, 2020).

Det er nødvendig at tilbudet har et tydelig brukerperspektiv (Normann et al., 2019). Det er viktig at det er den som har behov for bistand som er den sentrale aktøren. Det handler ikke om å «rehabiliterer» brukeren, men å støtte og gi relevant bistand slik at de kan nå de målene de har satt seg (Normann et al., 2019). Det er viktig å forstå at mestring har betydning for den rammede, for å fange opp brukerperspektivet som i dag er så viktig i rehabilitering (Normann et al., 2019. s.57).

Rehabilitering har lenge hatt fokus på opptrening. Endringer av definisjonen viser at opptrening ikke skal være en begrensning lenger (Normann et al., 2019. s.39). Personen selv må få anledning til å bestemme hvordan målene skal være, hvor helsepersonell viser sin interesse ved å forsøke å forstå deres ønsker (Normann et al., 2019). Helsepersonell må verdsette og ta hensyn til det individuelle arbeidet. Målet om deltakelse må gjelde selv om man ikke oppnår bedre funksjonsevne. Det er viktig å ikke bli avvist fordi man ikke kan forvente bedring. Opptrening er et viktig virkemiddel, men er ikke den eneste veien mot selvstendighet og deltakelse (Normann et al., 2019. s.61)

For de som har opplevd et brudd, vil arbeidet videre ofte bestå av å gjenskape en sammenheng mellom livet før og etter hendelsen. I denne gjenskapningen er det viktig at helsepersonell gir de rammede tid og rom til å bearbeide sin historie. Hendelsen kan føre til fortvilelse og redsel, og en følelse av å miste kontrollen over eget liv. Mange vil derfor fokusere på å skape kontinuitet og helhet for å gjenopprette denne kontrollen. Det er viktig at helsepersonell forstår at det å gjenvinne kontrollen over eget liv, ofte vil være et ønske og mål for mange i prosessen (Normann et al., 2019, s.18).

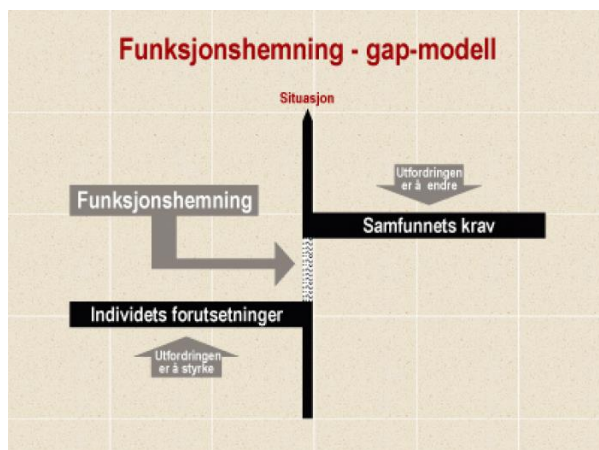
2.3 Individuell plan og koordinator

For å sikre brukere et helhetlig tilbud, skal alle kommuner ha en koordinerende enhet (Befring, 2019, s.82). I følge helse- og omsorgstjenesteloven §7-2 har pasient og bruker rett på en person å forholde seg til. En koordinator skal tilbys for de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester (Befring, 2019, s.82; Normann et al. 2019, s.132). Hensikten med en koordinator er en ansvarlig person som skal ha ansvar for oppfølgingen med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov (Normann et al. 2019, s.132-133). Som koordinator kan det være nødvendig å utarbeide en individuell plan. Brukere har rett på å få utarbeidet en individuell plan på samme måte som retten til koordinator. En individuell plan skal bidra til et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Den skal ta utgangspunkt i den enkeltes interesser og ønsker, med et mål

om full deltakelse og likestilling på områder den enkelte ønsker å prioritere (Lingås, 2013, s.35; Normann et al. 2019, s.131).

2.4 Holdninger og stereotypier

Det kan være vanskelig å forholde seg til hvordan omgivelsene reagerer på, og hvordan dette skaper sosiale konsekvenser (Normann et al., 2019. s.19). De møter på barrierer som de tidligere ikke har tenkt på, og mange kan oppleve en kamp for å få den bistanden de har behov for (Normann et al., 2019. s.19). Mange med funksjonsnedsettelse opplever diskriminering. Barrierer som er skapt av samfunnet kan i seg selv skape et rehabiliteringsbehov, og som kan bidra til å øke stigmatisering og diskriminering (Normann et al., 2019. s.83). Samfunnskapte barrierer er med på å skape et gap til individets forutsetninger, som Lie (1989) kaller Gap-modellen. Målet er å minske gapet ved å fokusere på de enkeltes forutsetninger (Lie, 1989). Som helsepersonell er det viktig at man er godt kjent med hva diskriminering handler om, og bestemmelser rundt dette. De individuelle prosessene bør inneholde strategier for å kunne nedbygge barrierer, og øke de rammedes frihet, selvstendighet og deltakelse (Normann et al., 2019, s.88-90).



Figur 1-Gap-modellen (helsekompetanse, u.å.)

<https://min.helsekompetanse.no/mod/book/view.php?id=4615&chapterid=2365>

2.5 Vernepleierrollen

Vernepleiefaglig kompetanse vektlegger et helhetssyn på mennesket. Vernepleiere skal gi den enkelte best mulig hjelp og støtte ut fra deres forutsetninger, med fokus på tjenestemottakers livskvalitet for å mestre hverdagen (Nordlund et al. 2015, s.19). I møte med mennesker skal utøvelse av vår profesjon først og fremst tjene den andre, og ikke oss selv (Skau, 2015, s.36). Det trengs mer lytting, og et større fokus på hva den det gjelder tenker, ønsker og erfarer (Skau, 2015, s.49). Røkenes & Hanssen (2012) vektlegger viktigheten med relasjonskompetanse. En relasjonskompetent fagperson

møter det hele menneske, og går inn i en relasjon med en holdning om at det som skjer er til det beste for den andre (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 11).

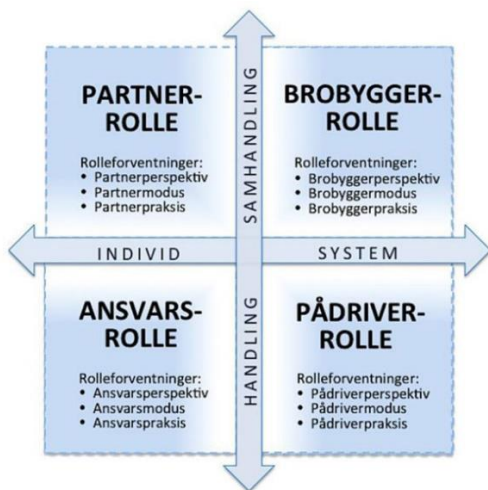
2.6 Helsepersonelloven

I sitt arbeid skal helsepersonell være i samsvar med kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Helsepersonell skal skaffe seg tilstrekkelige opplysninger, og gi tilstrekkelig informasjon. Tjenestemottakere må få nok informasjon for å kunne ha frihet til å bestemme over sitt eget liv (Befring, 2019, s.140). Helsepersonell er selv ansvarlig for at man opptrer etter egen kompetanse, og er bevisst denne kompetansen for faglig forsvarlighet (Befring, 2019, s.141). Tid som helsepersonell har til rådighet, er viktig i vurdering av forsvarlighetskravet (Befring, 2019, s.144). Tid er en stor mangelvare de fleste steder. Det er viktig å være bevisst sin tidsbruk, slik at noe kan omdisponeres til brukeren. Å bruke tid til å lytte til brukere kan være tidsbesparende ved at man unngår misforståelser (Normann et al. 2019, s.116).

I tillegg til forsvarlighetskravet er helsepersonell pålagt taushetsplikt. Taushetsplikten handler om å hindre at personlige opplysninger blir kjent for uvedkommende. Denne plikten kan kun oppheves hvis den det gjelder gir samtykke til det. Om den som skal samtykke ikke er i stand til det, må det vurderes om det ville ha blitt gitt med tanke på hensynet til forsvarlig helsehjelp (Befring, 2019, s.166-169).

2.7 Vernepleierens kjerne roller

Vernepleierens kjerne roller er en refleksjonsmodell som skal bidra til å øke bevisstheten og fleksibiliteten til en vernepleier (Brask, Østby & Ødegård, 2016, s.33). Det er vesentlig å forstå mennesket ut fra et samspill med hverandre og med omgivelsene. I denne modellen viser man samarbeidet i to dimensjoner, individ – system og handling – samhandling. Med utgangspunkt i disse dimensjonene defineres det fire kjerne roller: partnerrolle, ansvarsrolle, brobyggerrolle og pådriverrolle (Brask et al. 2016, s.34-40). På grunn av oppgavens relevans blir det videre fokusert på partnerrollen og brobyggerrollen.



Figur 2-Vernepleierens kjerne roller (Vernepleier, 2016)

<https://vernepleier.no/2016/08/vernepleiefaglig-bok-vernepleierens-kjerne-roller-refleksjonsmodell/>

Sentralt i Partnerrollen er et fokus på relasjonen til tjenestemottakeren, der man legger vekt på dialog, individuell tilpasning og samarbeid (Brask et al. 2016, s.63). Partnerrollen er individrettet og handler om det direkte samarbeidet med tjenestemottakeren, med et tydelig brukerperspektiv. (brask et al. 2016, s.66). Noen av de viktigste forventningene i en partnerrolle dreier seg om det å ha evnen til å lytte, og ha oppmerksomhet som kan fange opp behov og interesser (Brask et al. 2016, s.70). Relasjonsskapende faktorer som anerkjennelse, tilrettelegging og dialog er viktig for å skape en relasjon (Brask et al. 2016, s.72; Røkenes & Hanssen, 2012).

En brobygger vil være en som vil skape forbindelse og øke nærhet mellom ulike parter (Brask et al., 2016, s. 162). Brobyggerrollen dreier seg om påvirkninger som befinner seg i rundt individet. Som skole, venner, familie, offentlige instanser med mer (Bronfenbrenner, 1979; brask et al. 2016, s. 162). I situasjoner der samhandling kan være vanskelig på grunn av funksjonsevner, vil familie og nettverk være viktige støttespillere (Brask et al. 2016, s. 164). brobyggerrollen ønsker å bidra til en atmosfære av interesse for hverandres bidrag og kunnskap, med mål om at det skal komme den enkelte til gode (Brask et al. 2016, s. 166).

2.8 Brukermedvirkning og selvbestemmelse

For mange med funksjonshemming er det ikke noen selvfølge at selvbestemmelse er et tema. Vernepleierens kompetanse på dette området gir en større forutsetning for å samarbeide med personen for å øke selvbestemmelsen (Brask et al. 2016, s.67). Helsevesenet har lenge fått kritikk for manglende lydhørhet til tjenestemottakere. Det har ført til et økt fokus på medvirkning for å øke tjenestemottakers innflytelse (Nordlund et al. 2015, s.104). Mennesker har ulik grad av ressurser til å kunne medvirke. Vernepleier har plikt til å legge til rette ut fra enkeltes individuelle forutsetninger, for å kunne medvirke i beslutninger (Nordlund et al. 2015, s.106-105).

3.0 Metode

For å finne datamaterialet til denne oppgaven er det benyttet litteraturstudie som metode. Litteraturstudie blir brukt for å kunne samle inn oppdatert litteratur, og systematisere denne kunnskapen for å belyse problemstillingen «Hvilke faktorer er viktig for å kunne ivareta rammede og pårørende etter hjerneslag» (Thidemann, 2019). Ved litteraturstudie gjennomfører man et innledende litteratursøk og deretter et systematisk litteratursøk. Det systematiske litteratursøket er søk som skal være planlagt, dokumentert og etterprøvbart, knyttet til oppgavens problemstilling (Thidemann, 2019).

3.1 Fremgangsmåte

Proessen for å skaffe relevant litteratur og forskning startet med et innledende litteratursøk, for å kunne få en oversikt over omfanget av litteratur knyttet til mitt problemfelt (Thidemann, 2019). Det innledende søket startet med et generelt søk om temaet for å se hvor mye som finnes av litteratur og forskning. De søkemotorene som ble brukt i det innledende søket var hovedsakelig ORIA og Google Scholar. Det innledende søket viste at det finnes en del forskning på temaet. På grunn av mange treff var det nødvendig å finne gode søkeord med gode avgrensninger videre i det systematiske søket. Ved det innledende søket ble flere relevante og interessante artikler lest, med utgangspunkt i disse artiklene hjalp det med å finne relevante søkeord som kan brukes videre i det systematiske søket (Thidemann, 2019).

Videre i det systematiske søket startet prosessen med å se nærmere på problemstillingen, og finne ut av informasjonsbehovet. Før selve søke, ble relevante søkeord satt opp i en tabell for å få en oversikt over søkeord på både norsk og engelsk, denne tabellen gjorde det lettere i finne gode kombinasjoner i de systematiske søkene.

Tabell 1 - søkeord

Norsk	Engelsk
Hjerneslag	Stroke
Familie	Family, relatives, caregivers
Rehabilitering	Rehabilitation
Livskvalitet	Quality og life
Helsevesen, helsepersonell	Health care, Professional caregiver
Hjerneblødning	Cerebral hemorrhage
Mestring	Coping

Før de systematiske søkene var det nødvendig å velge ut databaser som var relevante for problemstillingen. For å velge databaser ble ORIA brukt for å få oversikt over de ulike databasene. ORIA har en god oversikt over ulike databaser, med kategorisering over yrkesretninger. Kategorien medisin og helsefag, og underkategori Vernepleie/Sykepleie gjorde det lettere å finne de relevante databasene. Videre ble informasjonsbeskrivelsene lest, med utgangspunkt i beskrivelsene ble flere relevante databaser valgt ut. De databasene som ble mest brukt var Svemed+, Idunn, Scopus og Web Of Science.

For å kunne tydeliggjøre og avgrense søkene har det blitt brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier (Thidemann, 2019). på grunn av at databasene som ble brukt er veldig ulike, var det vanskelig å kunne bruke de samme kriteriene. I søkene var det hensiktsmessig å avgrense tidsperiode. Med utgangspunkt i tema var det ønske om forskning innenfor de siste ti årene. Dette ga en del treff i søkene, valgte jeg å avgrense ytterligere i noen databaser til de siste fem eller tre årene, for å minimere mengden av litteratur. I de fleste databaser er det mulig å avgrense artikkel type. Her ble det avgrenset til fagfelleverderte artikler og «artikkel». For at artiklene skal kunne være overførbare til norske forhold, var det nødvendig å ekskludere ulike land (Thidemann, 2019). Det ble derfor avgrenset til at forskningen i hovedsak skulle være fra Skandinavia, og noen tilfeller Europa.

Ved å gjennomføre ulike søk var det nødvendig å sjekke relevansen på treffene. I noen tilfeller ble det en del irrelevante treff, som førte til at kombinasjoner av søkeord og bruk av AND og OR måtte justeres. Problemstillingen har også vært foreløpig, hvor små endringer frem og tilbake ble gjort for å få et mer presist søk.

Oppgaven skal inneholde fem fagfelleverderte artikler gjennom systematiske søk. For å velge ut artikler fra søkene ble alle titlene lest først. Der søkene fikk mer enn 100 treff var det de 50 første titlene som ble lest, for å minimere antallet og finne artikler på en systematisk måte. På de titlene som var av interesse ble sammendragene lest. Sammendragene som viser relevans for min problemstilling, ble videre valgt ut for å se nærmere på hele artikkelen.

Etter de systematiske søkene ble 12 artikler valgt ut med relevans til tema. Disse ble lest på nytt, for å kunne velge ut de som traff problemstillingen mest mulig. Ved start av var det to artikler som var veldig relevant og vekket interesse. Referanselistene ble derfor sjekket ut, og jeg henviste meg videre til andre relevante artikler. Ved dette manuelle søket var det flere artikler med relevans, men to artikler ble valgt i videre arbeid. Etter å ha gjennomgått alle de 12 artiklene ble tre artikler fra det systematiske søket og to artikler fra det manuelle søket inkludert i oppgaven. For å sikre kvaliteten på de inkluderte artiklene ble det tatt en kvalitetsvurdering ved bruk av sjekklister fra

Helsebiblioteket (2016). Sjekklistene bidro til å vurdere om resultatene i artiklene er til å stole på, og var et nyttig verktøy for kritisk vurdering (Thidemann, 2019).

3.2 Litteratursøk

Litteratursøket er presentert i en tabell, for å dokumentere søkehistorikken. Å dokumentere søkehistorikk er vesentlig for at det skal være etterprøvbart (Thidemann, 2019, s.89).

Tabell 2 - søkehistorikk

Søkedato	Søkeord og ordkombinasjon	Avgrensning	Inklusjon- og eksklusjon	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
21.april	Stroke AND rehabilitation AND Health care	Web Of Science	2022, 2021, 2020, artikler, Norge, Sverige, Danmark, Finland.	207	24	5	0
21.april	Stroke AND rehabilitation AND caregiv*	Scopus	2019, 2020, 2021, 2022. Artikkel Land: England, Sverige, Norge, Danmark.	62	21	4	0
23.april	Stroke AND rehabilitation AND relatives	Web Of Science	2020, 2021, 2022 Artikler Norge, Sverige, Danmark, Finland	31	11	4	0
25.april	Hjerneslag og rehabilitering	Svemed	Artikler, peer reviewed	147	52	8	2
26.april	Hjerneslag og livskvalitet	Svemed	Artikler, peer reviewed	28	6	3	0
26.april	Hjerneslag og livskvalitet	Idunn	2015-2021	13	4	3	1
27.april	Hjerneslag og livskvalitet	Svemed	Artikler, peer reviewed, RCT	3	3	1	0

3.3 Litteraturmatrise

De fem inkluderte artiklene er presentert i litteraturmatriser. Litteraturmatrisene viser viktig informasjon fra hver artikkel, som gir en oversikt over hovedelementene og strukturerer sammenfatningen av artiklene samlet sett (Thidemann, 2019, s.95).

Tabell 3 - artikkel 1

Full referanse	Anderson, S., & Whitfield, K. (2012). Social identity and stroke: 'they don't make me feel like, there's something wrong with me'. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , (27), ss. 820-830. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01086.x
Tittel	Social identity and stroke: «they don't make me feel like, there's something wrong with me»
Metode/Type studie	Kvalitativ studie: en situasjonsanalyse som bygger på grounded theory (databasert teoriutvikling), ved bruk av dybdeintervju av 9 middelaldrende slagrammede. Hvordan samspillet mellom individet og omgivelsene kunne hjelpe for å gjenoppta livet etter hjerneslag.
Hensikt med studien	Måle med denne studien var å forstå hvordan familie, sosiale og samfunnsmessige ressurser kan forbedre eller øke slagrammedes deltakelse i meningsfulle aktiviteter på lang sikt.
Utvalg/ populasjon	Seks menn og fem kvinner ble intervjuet i alderen 53-64. Det er variasjon i utfallet av hjerneslaget. Noen har mild grad, noen moderat og noen alvorlig grad.
Hovedfunn/ Resultater	<p>det største funnet i denne studien var hvordan deltakerne opplevde å miste sin sosiale posisjon etter hjerneslaget.</p> <p>Mistet selvtillit til vanlige/ordinære aktiviteter: Lav selvtillit etter hjerneslaget, og usikre på hvordan de skulle klare seg i helt vanlige situasjoner. Alle deltakere var motiverte til å gjøre det de kunne, men var usikre på fremgangsmåte.</p> <p>Kjemper for en verdsatt posisjon etter hjerneslag: Deltakerne var overrasket over hvordan møte med andre mennesker endret seg etter hjerneslaget. De ble sårbare for hvordan de ble behandlet av andre, og følelsen av mindreverdighet og stigmatisering.</p> <p>'Personlighet' for forhandlingskontroll: Man trenger personlighet for å kunne motarbeide andres oppfatninger om deres funksjonsnedsettelse.</p> <p>Ikke i stand til å prioritere egne mål: Deltakerne forteller om at fagfolk prioriterte institusjonelle mål, fremfor å fokusere på målene de hadde satt seg. følelsen av manglende anerkjennelse av egne mål, og tap på makt og posisjon.</p> <p>Noen som respekterer og støtter: Følelsen av å ikke bli tatt på alvor, gjorde det vanskelig å kunne komme med sin sak. Emosjonell og praktisk støtte, som økte egen kontroll. Støtten de får fra familie og venner, som styrker deres selvtillit og engasjement.</p> <p>Kulturell kontekst: Hele tiden kjempe mot stereotypier om hva personer med hjerneslag kunne gjøre og det generelle stigmaet rundt funksjonshemming. Stigma som de ikke ønsket å bli assosiert med.</p>
Kvalitetsvurdering	Denne studien rekrutterte deltakere gjennom plakater på slagklinikker og på ulike foreninger. Studien har et lite utvalg av deltakere, som er relativt unge, og som kontaktet forskerne gjennom annonsering. Det kan derfor antas at disse deltakerne er mer aktive i samfunnsaktiviteter enn vanlig.
Etikk	Studien er godkjent av Alberta Health Research Ethics Board. Deltakerne ga skriftlig samtykke.

Tabell 4 - artikkel 2

Full referanse	Helena, T., & Anette, F. (2014). Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community care. <i>Scandinavian Journal og Caring Sciences</i> , (28), ss. 822-829. doi: 10.1111/scs.12116
Tittel	Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community care
Metode/Type studie	Kvalitativ forskningsmetode med intervju av totalt 11 personer. Samtaler basert på intervjuguide. Det ble analysert med kvalitativ analyse, inkludert både manifest og latent innholdsanalyse.
Hensikt med studien	Målet med denne studien var å undersøke hvordan personer med hjerneslag opplevde omsorgen, rehabiliteringen, støtten og deltakelsen i overgangen fra sykehus til kommune omsorg.
Utvalg/ populasjon	11 deltakere var inkludert i denne studien, fem kvinner og seks menn, en gjennomsnittsalder på 73 år. Tre deltakere bodde på sykehjem og åtte bodde i ordinær bolig. Det ble gjort et strategisk utvalg for å få en variasjon i alder, kjønn, boform og grad av uførhet. Inklusjonskriterier var slag for første gang med debut på 6-12 måneder.
Hovedfunn/ Resultater	<p>Erfaring med omsorg: Mangler på respekt, legekontakt, og psykososial støtte. Mangel på tid hos personalet. Kunnskapsnivå blant personalet. Organisasjonen kom først og at regler måtte følges.</p> <p>Deltakelse: Var ikke delaktig i planlegging av videre omsorg. Stolte på at personalet vet best, andre opplever at personalet bestemmer alt. Manglende informasjon. Opplevelse av å miste autonomi.</p> <p>Rehabilitering: rehabiliteringen som var intens, spesifikk, variert, gradvis økende intensitet og ble utført av profesjonelle. Opplevelse av for lav intensitet og uspesifikk rehabiliteringen ved kommunal oppfølging.</p> <p>Brukerstøtte: Noen var fornøyde, noen visste ikke hva de hadde behov for, og andre manglet støtte og følte seg ensom i situasjonen. Støtte fra personer rundt seg var uvurderlig. Det rapporteres også om manglende informasjon og støtte til pårørende</p>
Kvalitetsvurdering	Ved denne studien var det hensiktsmessig med intervjustudie for å få rik informasjon, da de skulle måle de kvalitative kvalitetsindikatorene i de nasjonale slagretningslinjene. Informantene fikk snakke fritt, og man fikk en dypere forståelse av opplevelser. Begrensinger kan være at personer med afasi og alvorlige funksjonshemninger som bor i ordinær bolig ikke var representert. En annen begrensning var at deltakerne var av svensk opprinnelse.
Etikk	Studien er godkjent av forskningsetiske komite. Deltakelse var basert på informert samtykke.

Tabell 5 - artikkel 3

Full referanse	Pereira, C. M., Greenwood, N., & Jones, F. (2021). From recovery to regaining controll of life - the perspectives of people with stroke, their carers and health professionals. <i>Taylor & Francis Online</i> , 43(20), ss. 2897-2908. doi: https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1722263
Tittel	From recovery to regaining controll of life - the perspectives of people with stroke, their carers and health professionals
Type studie	En multiperspektivisk, prospektiv, kvalitativ, longitudinell studie, ved bruk av dybdeintervjuer. 24 deltakere, med 8 triader. Det ble analysert med tematisk og narrativ analyse, for lettere å identifisere tverrgående temaer.
Hensikt med studien	Måle med denne studien var å forstå hvordan slagrammede og deres omsorgspersoner tilpasser seg over tid, og hvordan helsepersonell følger opp overgangen til hjemmet.
Utvalg/ populasjon	Studien fant sted i Portugal, med slagrammede som er blitt utskrevet de siste månedene. Et systematisk og målrettet utvalg ble gjort, for å optimalisere mangfoldet og spekter av egenskaper. Deltakelsen blir beskrevet som en triade, hvor en triade består av person med hjerneslag, omsorgsperson og helsepersonell, som deltok i rehabiliteringsprosessen.
Hovedfunn/ Resultater	<p>Hovedfunnet i denne studien handler om å gjenvinne kontroll over livet. Endrede oppfatninger i hva som var viktig, og måten man håndterer situasjonen på.</p> <p>Viktigheten med teaminvolvering: viktig med støtte fra hele rehabiliteringsteamet. Involvering av familie i tilpasningsprosessen.</p> <p>Forskjeller i oppfattede roller i triaden: helsepersonellets rolle oppfattes forskjellig og påvirker samarbeidet.</p> <p>Forskjeller i forventninger og samarbeid i triaden: involvering for å tilpasse etter deres behov. Samhandling og involvering øker motivasjon</p> <p>Planlegger en annen fremtid: med tiden ble målet deres flyttet fra å forvente å gjenvinne sine tidligere liv til å gjenvinne kontrollen over sitt nye liv. Fokus på fremtidige muligheter. Behovet for hjelp av helsepersonell avtok.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Ekskludert ved ikke portugisisk nasjonalitet, pga. kulturell kontekst. Ved å gjennomføre en multiperspektivstudie med triader, bidro det til en dypere forståelse av erfaringer, opplevde roller, og samarbeidet mellom partene. Ved et longitudinelt design gir det også et dypere forståelse av viktigheten av tid.</p> <p>Det er noen begrensninger med generalisering eller overføringsevne til en bredere kontekst. Det ble forsket på i en portugisisk kontekst, regionale og kulturelle forskjellig bør tas i betraktning. På grunn av tidsrammen, kan noen problemer ikke ha blitt identifisert.</p> <p>Overførbarhet til andre tilstander kan vurderes til lignende kliniske og sosiale egenskaper.</p>
Etikk	Studien er godkjent ved etisk komite, og det er innhentet skriftlig samtykke.

Tabell 6 - artikkel 4

Full referanse	Erikson, A., Park, M., & Tham, K. (2010). Belonging: a qualitative, longitudinal study of what matters for persons after stroke during one year of rehabilitation. Journal of rehabilitation medicine, 42(9), 831-838. doi:10.2340/16501977-0608
Tittel	Belonging: a qualitative, longitudinal study of what matters for persons after stroke during one year of rehabilitation
Metode/ Type studie	En kvalitativ longitudinell studie ved bruk av kvalitative intervjuer. Intervjuene ble analysert ved bruk av grounded theory tilnærming
Hensikt med studien	Hensikten med denne studien var å finne ut hvilken betydning det har å handle sammen med andre i løpet av ett år etter hjerneslag.
Utvalg/ populasjon	9 personer i aldersgruppen 42-61 år. Kriterier var førstegangs slag for mindre enn en måned siden, yrkesaktiv alder, begrensninger i daglige aktiviteter, hukommelse til å huske daglige opplevelser og evne til å forstå og svare på intervju spørsmål.
Hovedfunn/ Resultater	<p>Ikke gjenkjent som den personen jeg er: Den nye situasjonen var ikke gjenkjennbar. Du er plutselig som ingenting, og avhengig av andre.</p> <p>Byrden av byrden: omsorgen var ikke bare en belastning for pårørende. De opplevde deres omsorgspersoner byrde uten å kunne gjøre noe.</p> <p>Inspirasjon og tilhørighet gjennom å handle sammen med andre: å engasjere seg med andre i aktiviteter, støttet deltakernes følelse av tilhørighet.</p> <p>Virkelighetsjustering gjennom å handle sammen med andre: de ble kjent med seg selv, og gjennom andres reaksjoner speilet de sin egen måte å være og handle på i sin nye verden.</p>
Kvalitets- vurdering	Det er en svensk studie, og Sverige er en del av Skandinavia. Dette gjør at funnene kan være overførbare til norsk kontekst. En begrensning er at studien er med 9 deltakere, som er et lite utvalg
Etikk	Alle deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon, og ga skriftlig og muntlig samtykke. Studien er godkjent av en etisk komite.

Tabell 7 - artikkel 5

Full referanse	Nordahl-Pedersen, H., & Martinussen, I. S. (2020). Å være ektefelle og omsorgsgiver når hjerneslag rammer: –mellom avmakt og mestring. <i>Tidsskrift for velferdsforskning</i> , 23(1), 49-62. https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2020-01-04
Tittel	Å være ektefelle og omsorgsgiver når hjerneslag rammer: - mellom avmakt og mestring.
Metode/ Type studie	Denne studien benytter en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Det ble benyttet kvalitative intervju med utgangspunkt i semistrukturert intervjuguide
Hensikt med studien	Studien ønsket å få frem kunnskap om kvinners erfaringer når ektefellen plutselig får store livsendrende sykdommer eller skader, og hvordan de opplever samhandlingen med helse- og omsorgstjenesten.
Utvalg/ populasjon	Tre kvinner i alderen 50-69 år, som har opplevd at deres menn hadde fått hjerneslag.
Hovedfunn/ Resultater	<p>Omsorgsansvar og endringer av roller og relasjoner: fra ektefelle til omsorgsgiver. Et liv som blir totalt forandret, roller som blir dramatisk endret. En utmattende rolle som pleie- og omsorgsgiver. Asymmetriske roller. Motstridende krav og forventninger fra helsepersonell. Opplevelse av underlegen posisjon. Behovet for profesjonell støtte.</p> <p>Mangelfull informasjon og samhandling dårlig samhandling med helsepersonell, føler seg satt på sidelinjen og avvist. Manglende informasjon. Avmakt og fortvilelse, fratakelse av autoritet. Savner en person å kunne forholde seg til, en koordinator. Behovet for myndighet og Empowerment</p> <p>Helsemessige konsekvenser for kvinnene som omsorgspersoner Stressrelaterte lidelser og generell utmattelse. Viktig med fritidsaktiviteter utenfor hjemmet. Ikke tid til å ta vare på egen helse. Arbeid for å få krefter og livsmot, og beholde egen sosiale identitet.</p>
Kvalitets- vurdering	Denne studien er ikke generaliserbar i kvantitativ forstand, men kan være analytisk generaliserbar, overførbar i sammenlignbare situasjoner. Det kan være både styrker og svakheter i informantens erfaringer over en lengre tidsperiode, avhengig av hvilket ståsted deltakerne er på, og kan ha betydning for beskrivelsene deres.
Etikk	Alle personene i studien er anonymisert og gitt fiktive navn. Studien er godkjent av norsk senter for forskningsdata.

3.4 Analyse

Prosessen med å analysere og forstå hva artiklene ønsker å formidle tar utgangspunkt i Aveyards tematiske analysemodell og trinnene Thidemann henviser til (Aveyard, 2019; Thidemann, 2019). Analysen er også tilpasset egne preferanser.

Analysearbeidet startet med å lese gjennom alle artiklene grundig og flere ganger, for å få god oversikt over artiklene. Dette skaper en forståelse som bidrar til å finne sentrale detaljer som er viktig for å belyse problemstillingen (Thidemann, 2019. s. 92). For å

finne det som er vesentlig for å belyse problemstillingen, vil resultatdelene i hver artikkel være vesentlig. Resultatdelene ble lest flere ganger tidlig i prosessen, med hensikt i å identifisere relevant og irrelevant informasjon til oppgaven.

Aveyards (2019) første trinn dreier seg om å identifisere temaer fra artiklens resultater. Ved gjennomlesing av artiklens funn ble det identifisert flere temaer som oppsummerer hovedpoengene i artiklene. Det var flere temaer som gikk igjen i alle artiklene, og som lignet hverandre. Etter å ha lest flere ganger og fått en god oversikt over det mest sentrale i artiklene ble det utarbeidet fem hovedtemaer som oppsummerer hovedpoengene. Temaene er *sosial posisjon – identitet, behovet for støtte – profesjonelt og sosialt, deltakelse og medvirkning, mål og forventninger og holdninger og stereotypier*. Disse temaene ble brukt for å analysere frem det relevante innholdet i alle artiklene med samme meningsinnhold (Thidemann, 2019. s. 93). I arbeidet med å sortere innholdet under samme tema, ble det brukt markeringstusjer som representerer temaene (Thidemann, 2019. s. 97). Det ble brukt en fargekode for hvert tema, hvor for eksempel «sosial posisjon – identitet» ble markert rosa.

Temaene i analyseringen vil ofte være foreløpige, da man hele tiden må vurdere om temaene er dekkende (Thidemann, 2019, 93). Etter å ha fått flerfargede artikler etter bruk av fargekoder, var det viktig å gå igjennom materialet for å se etter likheter og forskjeller, og hvordan temaene henger sammen. I denne fasen var det ett tema som hadde mange likheter med ett annet, og det var behov for endringer. Temaet holdninger og stereotypier dekkes også under temaet om sosial posisjon – identitet, og disse ble derfor slått sammen.

Etter å ha gjort endringer, er dette de endelige temaene; sosial posisjon – identitet, behovet for støtte – profesjonelt og sosialt, deltakelse og medvirkning, mål og forventninger. Disse temaene er videre presentert i en tematabell for å få en god oversikt når det videre skal presenteres i resultatdelen.

Tabell 8 - tematabell

	Sosial posisjon – identitet	Behovet for støtte – profesjonelt og sosialt	Medvirkning og deltakelse	Mål og forventninger	Holdninger og stereotypier
Artikkel 1	●	●	●	●	●
Artikkel 2	●	●	●	●	
Artikkel 3	●	●		●	
Artikkel 4	●	●	●	●	
Artikkel 5	●	●	●	●	●

4.0 Resultater

De fem artiklene er i hovedsak basert på rammedes erfaringer etter et hjerneslag. Studien til Pereira, Greenwood & Jones (2021) og Nordahl-Pedersen & Martinussen (2020) har beskrivelser fra flere perspektiver. Pereira et al. (2021) sin studie inneholder triader, med perspektiver fra den rammede, pårørende og helsepersonell. Mens studien til Nordahl-Pedersen & Martinussen (2020) baserer seg på erfaringer fra pårørende i en omsorgsrolle for de rammede. Temaene *sosial posisjon – identitet, behovet for støtte – profesjonelt og sosialt, deltakelse og medvirkning og mål og forventning*. Temaene går i hverandre, det vil derfor være hensiktsmessig å se disse i sammenheng til hverandre.

4.1 Sosial posisjon – identitet

Alle studiene identifiserer tap av sosial posisjon etter hjerneslag. Studien til Anderson & Whitfield (2013) viser funn der alle deltakerne mistet selvtillit og måtte kjempe for en verdsatt posisjon. De opplevde å være svært sårbare for hvordan de ble behandlet av andre mennesker, og var overasket over hvordan interaksjon med andre mennesker hadde endret seg. Det var hele tiden en forhandling om hvorvidt de kunne være i stand til å utføre ulike aktiviteter, da andre undergraver deres posisjon. I studien til Nordahl-Pedersen & Martinussen (2020) viser funnene en opplevelse av sorg og fortvilelse med å bli kastet inn i utmattende omsorgsroller overfor de rammede. Relasjonene ble asymmetriske og de tillagte rollene utfordret deres sosiale identitet. I studien til Anderson & Whitfield (2013) og Pereira et al. (2021) forteller deltakere om en overveldende situasjon som de ikke vet hvordan de skal håndtere, med en frykt for å forlate sitt eget hjem. Deltakere i studien til Erikson et al. (2010) forteller også om en situasjon der de føler seg som en ukjent, der du plutselig er som ingenting. Anderson & Whitfield (2013) har funn om situasjoner der deltakere hele tiden kjempe mot stereotypier og et generelt stigma mot funksjonsnedsettelse. Stereotypiene kunne dreie seg om overbeskyttende, bebreidelse og fordømmende holdninger, som utelukkende fokuserte på det de ikke kunne. Noen av de eldre deltakerne koblet de negative holdningene til alder. De mente at noen bare aksepterte at overlevende var eldre og lite kunne gjøres. I funnene til Erikson et al. (2010) opplever deltakerne at omsorgsbyrden ikke bare er en byrde for pårørende, men også en belastning for deltakerne. Den nye situasjonen skaper et stress som forstyrret deres sosiale posisjon. Opplevelsen av deres omsorgspersoners byrde, førte til at de ikke kunne gjengjelde handlinger, og det var ikke lett å føle tilhørighet til deres gamle sosiale posisjon.

4.2 Behovet for støtte – profesjonelt og sosialt

Behovet for støtte kommer frem i alle studiene. Alle studiene fremhever viktigheten med støtte fra familie og venner. I studien til Anderson & Whitfield (2013) fortalte alle deltakerne om situasjoner der de hadde noen som trodde på dem og ga emosjonell og

praktisk støtte. Æren for denne støtten ble gitt til familien, og at det var familiestøtten som ga bemerkelsesverdig fremgang. Dette kan man også finne i studien til Tholin & Forsberg (2014), hvor de fleste forteller om støtten fra folk rundt seg som uvurderlig. Denne støtten omhandlet ikke bare familie, men også blant annet naboer, kolleger, venner eller arbeidsgiver. Et eksempel hvor arbeidsgiver kan være god støtte finner man i studien til Erikson et al. (2010), der en deltaker følte seg forstått av sjefen og fikk tilpasset arbeidsoppgaver etter egne evner som var viktig for han. I denne studien blir det også nevnt om en deltaker som hadde behov for at kona var til stede for kunne snakke på deres vegne, for å oppleve trygghet i situasjonen. Pereira et al. (2021) beskriver at støtten fra pårørende er mest vektlagt i tilpasningsprosessen. I den tidlige fasen på sykehus var det en opplevelse av tap av familiestøtte, noe som førte til negativ innvirkning og en barriere for tilfriskning. I studien til Tholin & Forsberg (2014) og Nordahl-Pedersen & Martinussen (2020) er det funn på manglende informasjon fra helsepersonell og det offentlige. Det omhandler manglende informasjon om rutiner og om selve sykdommen, eller om hvilke rettigheter de hadde. Funnene til Tholin & Forsberg (2014) viser at alle uttrykket tilfredshet med behandling og følte seg godt ivaretatt, men det er også rapportert noen mangler. Det dreier seg om manglende respekt og psykososial støtte. Funn i Pereira et al. (2021) viser at det var viktig at helsepersonell var interesserte, tålmodig og følsom, og tok initiativ. Helsepersonell forteller at det var viktig med lytting og være oppmuntrende. Pårørende i studien til Nordahl-Pedersen & Martinussen (2020) opplevde utilfredsstillende samhandling med helsepersonell. De følte seg redusert som ressurspersoner, satt på sidelinjen og avvist. De opplever å måtte kjempe for å delta i beslutningsprosessen, da helsepersonell er bundet til taushetsplikten. Tholin & Forsberg (2014) finner at behovet for støtte er uklart. Noen vet ikke hva de har behov for, eller er fornøyd med støtten de har fått. Noen mener de ikke har behov for støtte, og andre ønsker mer støtte. Deltakerne i studien til Nordahl-Pedersen & Martinussen (2020) har fått tilbud om ulike ordninger som en individuell plan, koordinator eller BPA, men opplever at dette ikke fungerer til sin hensikt, og at det heller ble en belastning enn til hjelp.

4.3 Deltakelse og medvirkning

De fleste av studiene viser at det er mangel på innvirkning i sin egen planleggingsprosess. Tholin & Forsberg (2014) finner at det er erfaringer med at de ikke har deltatt på planleggingen av videre omsorg. Det er opplevelser der personalet bestemmer alt og en følelse av tap av autonomi. I denne studien kommer det også frem at de ikke hadde behov for å delta, da de stolte på at personalet visste best. I motsetning til denne studien viser Pereira et al. (2021) at det var viktig å involvere alle i prosessen. Helsepersonell ønsket også å inkludere familie for å forstå deres behov og finne løsninger sammen, da involvering var viktig for å øke motivasjonen. Over tid

skjedde det her et skifte hvor helsepersonell deltok mindre i beslutninger, og den rammede og deres familie tok mer ansvar selv. Men Pereira et al. (2021) finner også at selv om behov ble indentifisert, ble de ikke prioritert i planleggingen. I studien til Anderson & Whitfield (2013) og Nordahl-Pedersen & Martinussen (2020) finner de at flere deltakere føler på avmakt i situasjonen. Noen følte at de ble tatt fra makt og posisjon til å bli lyttet til. Andre opplever at de blir fratatt autoritet og posisjon i sitt eget hjem.

4.4 Mål og forventninger

Mennesker har forskjellige forventninger til hvordan livet skal være etter en akutt hendelse. I studien til Pereira et al. (2021) viser at det er ulike forventninger til prosessen mellom helsepersonell, den rammede og deres pårørende. Deltakerne verdsatte når helsepersonell viste interesse og skapte tillit, men helsepersonell så på sin rolle annerledes. Noen helsepersonell fokuserte kun på behandlingsresultatene. Slik uoverensstemmelse skapte frustrasjon blant de rammede. Nordahl-Pedersen & Martinussen (2020) fant også at det var motstridende forventninger, hvor deltakerne opplevde vanskelige rollekonflikter med helsepersonellet. Fra studien til Anderson & Whitfield (2013) og Tholin & Forsberg (2014) Opplevde deltakerne at organisasjonen kom først. De følte at helsepersonell prioriterte institusjonenes mål og at ulike regler måtte følges, fremfor å ivareta deltakernes individuelle mål. Funnene til Pereira et al. (2021) viser at målene til deltakerne endret seg gjennom prosessen. Tidlig var det ønske om å få tilbake tidligere liv, men over tid ble det viktig å kunne tilpasse målene og prioritere ut fra fremtidens muligheter. Dette gjorde at oppfølgingen mistet mer og mer betydning, da helsepersonell i hovedsak fokuserte på forbedring av evner. deltakernes betydning var mindre på bedring og mer på å gjenvinne kontrollen over livet. Dette kan man også se i studien til Erikson et al. (2010) der fokuset var å finne kontinuitet i det daglige hverdagslivet.

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven drøftes hovedresultatene opp mot relevant litteratur, med hensikt i å kunne svare på problemstillingen: *«Hvilke faktorer er viktig for å ivareta den rammede og pårørende etter hjerneslag».*

5.1 Brukerperspektiv

Funnene viser at det å gjennomgå et hjerneslag oppleves som et brudd mot tidligere sosiale posisjoner og den planlagte fremtiden (Anderson & Whitfield, 2012; Erikson et al. 2010; Nordahl-pedersen & Martinussen, 2020; Pereira et al. 2021; Tholin & Forsberg, 2014). Videre viser flere studier til en overveldende situasjon der de ikke kjenner seg igjen (Anderson & Whitfield, 2012; Erikson et al. 2010; Pereira et al. 2021). Dette kan bidra til det Anderson & Whitfield (2012) finner om å miste selvtilliten. Tidlig i prosessen

vil det være naturlig å prøve å finne en sammenheng mellom livet før og nå. Det vil være viktig at man skaper rom og tid slik at de kan bearbeide sin historie (Normann et al. 2019). Som vernepleier vil det her være viktig å validere deres følelser og anerkjenne deres prosess (Brask et al. 2016; Røkenes & Hanssen, 2012). Ut fra at rammede opplever et brudd med sin sosiale posisjon, kan man stille spørsmål til hvordan omgivelsene rundt dem aksepterer og respekterer dem. Funn viser at flere ble overrasket over hvordan møte med andre mennesker hadde endret seg, og at de etter hvert ble sårbare for hvordan de ble behandlet (Anderson & Whitfield, 2013). Den samme studien har også funn om evig kamp mot stereotypier og diskriminerende holdninger. Dette kan ses i sammenheng med samfunnsskapt barrierer, som Normann et al. (2019) mener kan bidra til å øke stigmatisering. Dette kan man undre seg over da generelle holdninger mot funksjonshemming over tid har endret seg (Normann et al. 2019). Diskriminering er ulovlig, som gjør at vernepleiere bør være godt kjent med hva det omhandler, for å kunne gi bistand i slike situasjoner. Det kan også være hensiktsmessig at denne bistanden er en strategi i prosessen for å øke den rammedes frihet og deltakelse (Normann et al. 2019). Ut fra at samfunnsskapt barrierer kan føre til at rammede blir sårbare, kan man se dette i sammenheng med Lies (1989) Gap-modell, med ønske om å minske gapet mellom samfunnskravene og de enkeltes forutsetninger. En sentral del i vernepleierrollen vil være å styrke individuelle forutsetninger og fremme deres ressurser, men som også er avhengig av tilrettelegging av samfunnskrav (Brask et al. 2019; Nordlund et al. 2015). Med tanke på at mange opplever å bli møtt med stereotype holdninger, prøver eldre rammede å finne en forklaring der de negative holdningene kan kobles til alder (Anderson & Whitfield, 2013). Det er tankevekkende at enkelte aksepterer at de er eldre og lite kunne gjøres, og man kan stille spørsmål til hvordan rammede blir verdsatt av helsevesenet (Anderson & Whitfield, 2013; Normann et al. 2019). Dette funnet kan samsvare med at 20% av de med slag blir sykehjemspasienter, som man kan anta er flest eldre, og en tankevekker om det også gjelder yngre rammede (LHL hjerneslag, 2015). Det er tvilsomt at alle rammede kan oppnå optimal funksjonsevne. På bakgrunn av det er det viktig å ikke avvise enkelte fordi man ikke kan forvente bedring (Normann et al. 2019). Det vil være viktig at man som vernepleier er bevisst på at bedring av funksjon kan være virkemiddel mot selvstendighet, men ikke den eneste veien, og at målet om deltakelse derfor fortsatt må gjelde ut fra individuelle forutsetninger (Brask et al. 2016; Normann et al. 2019).

Med bakgrunn i at rammede opplever en sårbar situasjon fremhever det behovet for støtte både profesjonelt og sosialt. Flere studier viser at støtten fra de rundt seg var uvurderlig (Anderson & Withfield, 2013; Tholin & Forsberg, 2014). Dette kan ses i sammenheng med at store endringer i livsbetingelser påvirker hele familien, og etablerte hverdagsroller vil fortsatt være avhengige av hverandre (LHL hjerneslag, 2015; Nordahl-

Pedersen & Martinussen, 2020). Det var avgjørende med støtte fra familie, som motiverte dem fremover i prosessen, og førte til bemerkelsesverdig fremgang (Anderson & Withfield, 2013). Dette støttes også i litteratur hvor inkludering av familie er viktig for å oppnå god livskvalitet (Normann et al. 2019). Som vernepleier vil det være viktig å fokusere på livskvalitet i møte med andre mennesker. Hvis familiestøtte betyr noe for dem, er det viktig å gi den støtten som trengs for å involvere (Nordlund et al. 2015). Ut ifra viktigheten med familiestøtte, kan man stille seg spørsmål til hvor mye familie faktisk blir involvert. I verste fall kan tap av familiestøtte føre til en negativ innvirkning og en barriere for tilfriskning (Pereira et al. 2021). Som vernepleier kan det være viktig å være bevisst sin rolle som brobygger, ved å skape en forbindelse og øke nærheten mellom rammede og deres familie (Brask et al. 2016). I motsetning til den gode støtten i familien, opplever mange mangler på den profesjonelle støtten (Nordahl-Pedersen & Martinussen, 2020; Tholin & Forsberg, 2014). Gjennomgående er de fleste fornøyde med den helhetlige oppfølgingen og føler seg godt ivaretatt, men opplever likevel mangler på blant annet respekt og psykososial støtte (Tholin & Forsberg, 2014). Rehabilitering skal ha et tydelig brukerperspektiv, hvor man skal ta utgangspunkt i «hele personen» (Normann et al. 2019). Dette sett i sammenheng med at man som vernepleier fokuserer på ressurser heller enn begrensninger, kan bidra til at man bevarer den «sentrale aktøren» i prosessen mot måloppnåelse (Normann et al. 2019; Pereira et al. 2021). På bakgrunn av en overveldende situasjon er det flere som uttrykker behov for mer informasjon. Det kan være vanskelig å få med seg all den muntlige informasjonen som blir gitt, og flere opplever mangel på informasjon på selve sykdommen, og hvilke rettigheter man har (Nordahl-Pedersen & Martinussen, 2020; Tholin & Forsberg, 2014). Det å gi tilstrekkelig med informasjon er en plikt vi har som vernepleier gjennom forsvarlighetskravet. Det er derfor nødvendig at man er bevisst sin kompetanse og opptre etter det, for å kunne samsvare om kravet til faglig forsvarlighet (Befring, 2019; Helsepersonelloven, 1999, §4; Nordlund et al. 2015; Normann et al. 2019). Sett i lys av plikten til å opptre forsvarlig vil det være viktig at man skaffer seg tilstrekkelig med opplysning og holder seg oppdatert, slik at nok informasjon til at rammede kan føre til mer frihet til å bestemme over eget liv (Befring, 2019; Normann et al. 2019). Det viser seg at behovet for støtte er noe uklart. Noen mener de ikke har behov for støtte, mens andre ønsker mer støtte. I tillegg er det noen som ikke vet hva de egentlig har behov for (Tholin & Forsberg, 2014). Med utgangspunkt i dette kan man stille spørsmål til hvor godt de rammede er informert, til å vite hvilket behov de har. Dette fremhever igjen behovet for å være oppdatert og gi nok informasjon slik at rammede vet hvilke mulighet som finnes og rettigheter de har. (Befring, 2019; Normann et al. 2019).

På bakgrunn av at behovet for støtte kan være uklart, viser funn at behovet for involvering også er forskjellig (Tholin & Forsberg, 2014). På den ene siden opplever

rammede å ikke være en del av planleggingsprosessen, der de føler tap av autonomi og personalet som bestemmer alt. Mens noen på den andre siden ikke hadde behov for å delta, da de stolte på at personalet vet best (Tholin & Forsberg, 2014). Dette er tankevekkende, for mest sannsynlig vil de som deltar aktivt og blir involvert være mer fornøyd med prosessen, enn de som ikke ønsker å være involvert. På Bakgrunn av dette kan det være viktig at man likevel fokuserer på å tilrettelegge etter rammedes ønsker og behov, uten å «rehabiliterer» brukeren, som kan gå utover brukerperspektivet (Nordlund et al. 2015; Normann et al. 2019; Tholin & Forsberg, 2014). Ut ifra rammedes opplevelse av tap av autonomi, kan man undre seg over om helsepersonell er bevisst brukers selvbestemmelse. For mange som har en funksjonshemming er selvbestemmelse ofte ikke et tema, og det kan by på utfordringer på grunn av funksjonsevne. I dette tilfelle vil det være hensiktsmessig at man som vernepleier tar i bruk sin kompetanse på dette område, som kan gi større forutsetninger til å samarbeide og øke deres selvbestemmelse (Brask et al. 2016) I samsvar med dette kan det være viktig å ta i bruk sin partnerrolle, hvor en viktig forventning er å ha oppmerksomhet som kan fange opp behov og interesser, når det kan være vanskelig (Brask et al. 2016). Videre viser funn at involvering også var viktig for helsepersonell, da det økte motivasjonen. Det førte til at helsepersonell etter hvert deltok mindre i beslutninger, der rammede og deres familier tok mer ansvar selv (Pereira et al. 2021). Dette kan være et godt eksempel på hvorfor det er viktig å fokusere på involvering, da det bidrar til mestring og selvstendighet ut fra det som er viktig for dem (Normann et al. 2019). Det er tvilsomt at inkludering er noe som fremmes over alt, tvert imot har helsevesenet lenge fått kritikk for manglende lytteevne. En vernepleier kan på dette område bidra med fokus på å fremme enkeltes forutsetninger til å kunne medvirke i egen prosess (Nordlund et al. 2015). Videre viser flere studier at det er motstridende forventninger mellom de rammede og helsepersonell (Nordahl-Pedersen & Martinussen, 2020; Pereira et al. 2021). På den ene siden blir det verdsatt at helsepersonell viser interesse og skaper tillit. På den andre siden fokuserte helsepersonell på resultatene av behandlingen (Pereira et al. 2021). På Bakgrunn av motstridende forventninger, samsvarer ikke dette med rehabiliteringens nye definisjon, der opptrening ikke lenger er eneste fokus (Normann et al. 2019). Det vil være viktig å rette fokus mot selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Som vernepleier må man la den rammede få anledning til å bestemme mål, og verdsette deres individuelle arbeid (Helsedirektoratet, 2020; Normann et al. 2019). Man kan undre seg over i hvor stor grad individuelle mål blir prioritert. Tvert imot viser funn at helsepersonell prioriterer institusjonelle mål, og visse regler som måtte følges før de kunne prioritere egne mål (Anderson & Whitfield, 2013; Tholin & Forsberg, 2014). Dette kan gå på bekostning av de rammedes muligheter for selvstendighet og god livskvalitet. Det vil være viktig som vernepleier å gi best mulig støtte og samarbeid mot å mestre hverdagen (Nordland et al.

2015). Etter et hjerneslag er det mange som føler på fortvilelse og tap av kontroll over eget liv, og mange vil jobbe for å få tilbake sitt tidligere liv (Normann et al. 2019; Pereira et al. 2021). Funn viser derimot at rammede over tid endret fokus på hva som var viktig. Det ble viktig å tilpasse målene ut fra fremtidens muligheter, gjenvinne kontrollen ble viktigere enn funksjonsbedring (Pereira et al. 2021). På bakgrunn av at helsepersonell fokuserte på bedring, kan det føre til at oppfølgingen mister betydning. For at det skal ha betydning for de rammede, kan det være nødvendig at man er klar over at dette kan være et stort ønske i prosessen (Normann et al. 2019).

5.2 Pårørendeperspektiv

Å gjennomgå et hjerneslag vil ofte også påvirke familie og omgivelsene rundt seg i stor grad, da konsekvensene stort sett også påvirker de aller fleste områdene i livet (LFS, u.å.). For noen pårørende oppleves det som å bli kastet ut i omfattende omsorgsroller, og en asymmetrisk relasjon til den rammede (Nordahl-Pedersen & Martinussen, 2020). I tillegg til å bli pålagt ulike roller overfor de rammede, opplever pårørende at de blir avvist av helsepersonell. Dette kan man undre seg over, med tanke på at pårørende ofte er de viktigste støttespillerne til de rammede (Brask et al. 2016). Tvert imot kan pårørende være viktige ressurspersoner når man skal arbeide med å tilrettelegge for god livskvalitet. Det vil være viktig å inkludere og gi nødvendig informasjon, slik at pårørende vet hvilken rolle de har i prosessen, og for å unngå vanskelige rollekonflikter (Nordahl-Pedersen & Martinussen, 2020; Normann et al. 2019). Det er viktig å huske på at prosessen etter hjerneslag er et samarbeid som familie også må involveres i. For det er ofte de også i stor grad har behov for støtte (Normann et al. 2019). Som vernepleier vil det være nyttig å være bevisst sin brobyggerrolle i samarbeid med pårørende. Man kan bidra til en atmosfære som er preget av tillit, der interesse for hverandres kunnskap og erfaringer kommer den rammede til gode (Brask et al. 2016).

5.3 Vernepleiers perspektiv

For helsepersonell kan det oppstå ulike dilemmaer om brukerperspektiv på bakgrunn av ressurser, krav og plikter. Pårørende opplever at de må kjempe for å kunne delta i beslutninger på grunn av helsepersonells taushetsplikt. Taushetsplikt er en forpliktelse vi har som helsepersonell (Befring, 2019; Helsepersonelloven, 1999, §21). Det er forståelig at pårørende kan bli frustrert over vår plikt til taushet, men det kan ikke oppheves før samtykke er gitt (Befring, 2019; Helsepersonelloven, 1999, §§ 21 og 22). Det kan være viktig å ta i bruk sin brobyggerrolle, for å skape nærhet mellom partene, og oppmuntre den rammede til å involvere pårørende i prosessen (Brask et al. 2016). Videre viser funn at rammede opplever at helsepersonell har mangel på tid. Tid er antagelig den største mangelvaren de fleste steder, men man kan stille spørsmål til hvor bevisst man er sin tidsbruk. Det kan ses i sammenheng med hvordan det samsvarer med kravet til

forsvarlighet. Hvordan helsepersonell bruker tid de har til rådighet er viktig i vurderingen av forsvarlighet (Befring, 2019; Normann et al. 2019). Som vernepleier vil det være viktig å ta i bruk sitt brukerperspektiv, og omdisponere ufaglige samtaler med kollegaer til tid med den enkelte. Bruke mere tid til å lytte kan derimot være tidsbesparende ved å unngå misforståelser (Normann et al, 2019). For at rehabilitering lettere skal kunne ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov, kan det være nødvendig å utarbeide en individuell plan, der alle jobber mot de samme målene (Befring, 2019; Normann et al. 2019). Individuell plan er i dag lite brukt, noe man kan stille spørsmål til da det kan være et viktig tiltak til et helhetlig tilbud. Dette fremhever behovet for å ta i bruk retten til koordinator (Befring, 2019). Funn viser at noen fikk tilbud om individuell plan og koordinator, men opplever at det ikke fungerer til sin hensikt. Dette ble mer en belastning enn hjelp (Nordahl-Pedersen & Martinussen, 2020). Det er tydelig at behovet for en å prate med og forholde seg til er viktig. En Koordinator kan være hensiktsmessig, for å sikre det beste for den det gjelder, og vil fungere som en «paraply» for rammede og deres pårørende. Det vil være viktig at man som vernepleier er oppdatert og godt kjent med hva de rammede har rett på. Hvis man har for liten kunnskap på områder, vil det være nødvendig å hente inne andre med kompetanse, for best mulig utbytte av rettighetene (Befring, 2019; Normann et al, 2019).

5.4 Metodediskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hva rammede og pårørende opplever som betydningsfullt i oppfølgingen etter hjerneslag. Studien ønsker å belyse erfaringer og opplevelser, artiklene baseres derfor på kvalitativ metode, og kan være en styrke i denne studien. I prosessen med å søke etter litteratur, kunne det ha styrket oppgaven om det ble brukt PICO-skjema. PICO kunne gjort problemstillingen mer søkbar (Thidemann, 2019, s. 82). Det finnes en del forskning på dette området. Studien skal ha et omfang på fem artikler, relevante studier kan derfor ha blitt oversett. De inkluderte artiklene ble kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister (Helsebiblioteket, 2020). I studien er fire av fem artikler innafor samme geografiske område, som i denne studien omhandler Skandinavia. Dette kan være en svakhet da man kan gå glipp av et større omfang og relevant informasjon. Det kan også være en styrke med tanke på generalisering, fordi resultatene kan overføres til norsk kontekst. Denne artikkelen er utført i Portugal. Studien er basert på portugisisk kontekst, som kan være en svakhet i overføringsverdien med tanke på kulturelle forskjeller. For å vurdere påliteligheten i denne studien, kan min forforståelse ha påvirket. Forforståelsen kan ha påvirket valg av inkluderte artikler, selv om jeg i prosessen var bevisst dette for at det i minst mulig grad skulle påvirke. Fire av fem artikler måtte oversettes til norsk. Dette kan ha påvirket påliteligheten da resultatene kan ha blitt feiltolket. Denne studiens problemområde kan ha relevans hos flere

yrkesgrupper, men det bør tas i betraktning at denne studien er basert på vernepleiefaglig relevans, som gjør at brukte datamaterialer kan forstås på flere måter.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke «Hvilke faktorer er viktig for å ivareta rammede og pårørende etter hjerneslag». På bakgrunn av relevant forskning og litteratur fremheves det at det er behov for et større brukerperspektiv i oppfølgingen etter hjerneslag.

De rammede fremmer familiestøtten som svært viktig i prosessen, men opplever at de ikke blir involvert som ressurspersoner. I tillegg til tap av familiestøtte tyder funnene på at rammede må involveres mer i egen planlegging. Institusjonelle mål kommer frem som viktigere enn individuelle mål, som fører til at oppfølging mister sin betydning. En forutsetning for å oppnå involvering vil være at de som skal yte bistand gir nødvendig informasjon til at de kan bestemme over egne fremtid. Hvordan de blir behandlet av andre kom overraskende på de rammede, og ble svært sårbare i interaksjoner. Dette fører til et behov for større fokus på deltakelse sosialt og i samfunnet, da det er like viktig som opptrening. Dette er også svært sentralt i definisjonen om rehabilitering.

Studien viser at rehabilitering ofte har et ensidig fokus på funksjonsbedring, som skaper motstridende forventninger, dette fremhever behovet for en individuelt tilpasset prosess. Dette fremmer et behov for at helsepersonell bør utvikle en bredere kompetanse om ressurser, ønsker og behov for brukere. For at oppfølgingen skal være av høy kvalitet kan individuell plan med planlegging av en koordinator, være nødvendig for et sikkert helhetlig tilbud. En koordinator vil ha bred kunnskap til å sikre kvaliteten på flere områder rundt den rammede, og innhenter nødvendig kompetanse etter behov.

Det finnes mye forskning om rammedes erfaringer etter et hjerneslag. Fremtidig forskning kan undersøke prosessen fra helsepersonells perspektiv, for en bredere forståelse over forskjellene, og et større innblikk i dilemmaer de står overfor på grunn av ulike krav, plikter og ressursmangler. Det kan også være nyttig se nærmere på pårørendes rolle i prosessen.

På bakgrunn av tema og hensikt i denne studien, hadde det vært interessant å forske videre på område. Med tanke på at koordinator og individuell plan er en rettighet, men som i liten grad blir brukt, er det kanskje behov for forskning på slike tiltak. Så om jeg skulle ha foretatt ny forskning, ville jeg ha undersøkt hvordan en koordinator kunne ha bidratt til et helhetlig tilbud.

7.0 Referanser

- Anderson, S., & Whitfield, K. (2012). Social identity and stroke: 'they don't make me feel like, there's something wrong with me'. *Scandinavian Journal og Caring Sciences*, 27(4), ss. 820-830. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01086.x
- Befring, A. K. (2019). *Helse- og omsorgsrett*. Cappelen Damm.
- Brask, O. D., Østby, M., & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneroller. En refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.
- Erikson, A., Park, M., & Tham, K. (2010). Belonging: A qualitative, longitudinal study of what matters for persons with stroke during one year of rehabilitation. *Journal of rehabilitation medicine*, 42(9), ss. 831-838. doi: 10.2340/16501977-0608
- Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *Sjekklistor*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2020, 2.november). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsekompetanse. (u.å.) *hva er rehabilitering? Gap-modellen*. Hentet fra <https://min.helsekompetanse.no/mod/book/view.php?id=4615&chapterid=2365>
- Helsenorge. (2020). *Hva er hjerneslag?* Hentet fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerneslag/hjerneslag-arsaker/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1997-02-28-19>
- LFS - Landsforeningen for slagrammede. (u.å.). *Forvarsler, symptomer og risikofaktorer*. Hentet fra <https://slag.no/hjerneslag/hva-er-hjerneslag/>
- LFS - Landsforeningen for slagrammede. (u.å.). *Partner/ektefelle*. Hentet fra <https://slag.no/parorende/partnerektefelle/>
- LHL hjerneslag. (2015, 28.oktober). *Konsekvenser av hjerneslag*. Hentet fra <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/fakta-om-hjerneslag/konsekvenser-av-hjerneslag/>

- LHL hjerneslag. (2015, 28.oktober). Rehabilitering etter hjerneslag. Hentet fra <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/livet-etter/rehabilitering-etter-hjerneslag/>
- LHL hjerneslag. (u.å). Fakta om hjerneslag. Hentet fra <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/fakta-om-hjerneslag/>
- Lingås, L. G. (2013). *Ansvar for likeverd. Etikk i tverrfaglig arbeid med habilitering og rehabilitering*. (2. utg.).
- Nordahl-pedersen, H., & Martinussen, I. (2020). Å være ektefelle og omsorgsgiver når hjerneslag rammer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(1), ss. 49-62.
doi:<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2020-01-04>
- Nordlund, I., Thronsen, A., & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis. Grunnleggende arbeidsmodell*. Universitetsforlaget .
- Normann, T., Sandvin, J. T., & Thommesen, H. (2019). *Om rehabilitering. Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. (3. utg.).
- Pereira, C. M., Greenwood, N., & Jones, F. (2021). From recovery to regaining control of life - the perspectives of people with stroke, their carers and health professionals. *Disability and Rehabilitation*, 43(20), ss. 2897-2908.
doi:<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1722263>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller bryte* . Fagbokforlaget .
- Skau, G. M. (2015). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (4. utg.). Cappelen Damm.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget .
- Tholin, H., & Forsberg, A. (2014). Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), ss. 822-829. doi: 10.1111/scs.12116
- Østby, M. (2016, 16.august). *Vernepleierens kjerne roller*. Vernepleier. Hentet fra <https://vernepleier.no/2016/08/vernepleiefaglig-bok-vernepleierens-kjerne-roller-refleksjonsmodell/>

