

Bernt Skjegstad - 10033

Nils Petter Sve - 10099

Rehabilitering etter hjerneslag

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie

Veileder: Marit Kvangarsnes

Juni 2023

Bernt Skjegstad - 10033

Nils Petter Sve - 10099

Rehabilitering etter hjerneslag

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie

Veileder: Marit Kvangarsnes

Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Ålesund



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Omtrent 15 000 mennesker rammes av hjerneslag i Norge hvert år. Sykepleier har en sentral rolle i rehabiliteringen av pasienter rammet av hjerneslag. Rehabiliteringsteam består av mange fagpersoner, hvorav sykepleier er den fagpersonen som tilbringer mest tid sammen med pasienten og kan motivere pasienten til å trene gjennom rehabiliteringsprosessen.

Hensikt: I denne oppgaven ønsker vi å utforske ved hjelp av forskningen hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter rammet av slag under rehabiliteringen.

Metode: Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie, hvor vi har analysert og diskutert funn i syv forskningsartikler som belyser problemstillingen vår.

Resultat: Våre hovedfunn viser at sykepleier kan aktivisere pasienter tidlig i rehabiliteringsprosessen for å øke funksjonsevnen til pasienter. Sykepleier er rundt pasienter hele døgnet og kan med det motivere pasienter til å trene ADL så ofte som mulig for å bedre rehabiliteringseffekten og minimere tiden pasienter bruker på rehabilitering.

Konklusjon: Forskningen viser at sykepleier kan hindre stort tap av funksjon ved å starte tidlig aktivisering og trening av ADL. Sykepleier evne til å motivere er viktig for at pasienten skal få det beste utkommet av rehabiliteringen.

Nøkkelord: Sykepleier, hjerneslag, rehabilitering

ABSTRACT

Background: Approximately 15 000 Norwegians suffers from stroke each year. Nurses have an important and central role during the rehabilitation of patients affected by stroke. The rehabilitation team consists of multiple professionals, whereas nurse is the one professional that spent the most time together with the patient and can therefor motivate them to train more on their own.

Aim: The aim of this systematic review is to explore with research how nurses can help patients with stroke during the rehabilitation.

Method: This assignment is a systematic review, where we have analysed and discussed the findings in seven research articles that illuminates the thesis question.

Results: Our main findings show that nurses can activate patients early in the rehabilitation process to increase the functional ability to patients. Nurses are together with patients during the whole day and can motivate patients to perform ADL activities as often as possible to better the rehabilitation effect and reduce time spent on rehabilitation.

Conclusion: Research show nurses can prevent a large loss of functions by starting early activation and ADL training. Nurses' ability to motivate are important to patients, so they can get the best outcome of the rehabilitation.

Keywords: Nurse, stroke, rehabilitation

FORORD

Bacheloroppgaven er skrevet i forbindelse med avslutningen på sykepleierstudiet ved NTNU i Ålesund. Det har vært tre spennende, lærerike og samtidig krevende år. Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder Marit Kvangarsnes. Takk for god veiledning og hjelp under skriveprosessen. Vi ønsker også å takke familie og venner for støtte gjennom disse årene.

«Jeg tror det er avgjørende at vi tar oss tiden og bryet med virkelig å lytte til andres opplevelser – med ønske om å forstå. Lar vi oss berøre, påvirker det måten vi tenker og handler på.»

-Hans Majestet Kong Harald V (2021)

INNHold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema	11
1.2	Oppgavens hensikt og problemstilling	11
1.3	Oppgavens videre oppbygging og innhold	11
1.4	Begrepsavklaring	12
2	Teoribakgrunn	13
2.1	Sykepleiers funksjon	13
2.2	Hjerneslag	13
2.3	Rehabilitering	14
2.4	Sykepleie til slagpasienter	15
2.5	Motivasjon	15
3	Metode	16
3.1	Datainnsamling	16
3.1.1	Databaser og søkehistorikk	16
3.1.2	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	17
3.2	Kvalitetsvurdering	18
3.3	Etiske vurderinger	18
3.4	Analyse	19
4	Resultat	21
4.1	Artikkelmatriser	21
4.2	Presentasjon av resultat	24
4.2.1	Tidlig rehabilitering øker funksjonsnivået	24
4.2.2	Sykepleiers rolle	25
4.2.3	Hvordan pasienter tilbringer tiden under rehabilitering	25
5	Diskusjon	26
5.1	Resultatdiskusjon	26
5.1.1	Tidlig rehabilitering øker funksjonsnivået	26
5.1.2	Sykepleiers rolle	27
5.1.3	Hvordan pasienter tilbringer tiden under rehabilitering	28
5.2	Konsekvenser for sykepleie	29
5.3	Styrker og svakheter ved litteraturstudiet	30
5.4	Konklusjon	30
	Referanser	31
	Vedlegg	33

TABELLER

TABELL 1: PICO-SKJEMA	16
TABELL 2: ANALYSETABELL.....	20
TABELL 3: ARTIKKELMATRISER.....	24

1 INNLEDNING

Hjerneslag, apoplexia cerebri, er en dramatisk og alvorlig tilstand som kommer plutselig og rammer pasienten både fysisk, psykisk og sosialt. Om lag 15 000 mennesker rammes av hjerneslag i Norge hvert år (Wergeland et al., 2020, s. 303). Ifølge Eiding (2019, s. 147) betegnes hjerneslag en plutselig redusert blodtilførsel til deler av hjernevevet, enten grunnet en propp i en arterie (hjerneinfarkt) eller en blødning fra et kar som sprekker. Etter gjennomgått hjerneslag blir det lagt vekt på tidlig og målrettet rehabilitering. Det er påvist at tidlig rehabilitering av lammede ekstremiteter og språktrening ved taleforstyrrelser fører til reduserte senskader og større sjanse for at den slagrammede kan mestre hverdagen og bli så selvstendig som mulig (Bertelsen, 2016, s. 327-328).

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Temaet rehabilitering etter hjerneslag valgte vi fordi vi begge har vært i praksiser med slagrammede pasienter både fra spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Samt at vi har erfaringer fra familielivet når det kommer til rehabilitering av slag. Erfaringen vi har gjort oss vekke en spesiell interesse for begge kandidatene. Målet vårt med denne oppgaven er å tilegne oss mer kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra med rehabilitering til pasienter med slag.

1.2 OPPGAVENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

Hensikten med oppgaven er å utforske hvordan sykepleier kan hjelpe med rehabilitering av pasienter rammet av slag med å bli så selvhjulpen som mulig etter slaget. Oppgaven har et sykepleieperspektiv. Med vår valgte problemstilling ønsker vi å belyse hvordan sykepleier best mulig kan hjelpe den slagrammede i rehabiliteringsfasen til å mestre sin nye livssituasjon.

På bakgrunn av det formulerte vi følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier hjelpe slagrammede pasienter i rehabiliteringsprosessen?

1.3 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING OG INNHOLD

Utvalgt teori skal bidra til å danne grunnlaget for å kunne belyse problemstillingen. Deretter kommer vi til å presentere metoden vi har benyttet, for å finne relevante forskningsartikler. Vi kommer også til å presentere hvordan vi har analysert innholdet i artiklene våre. Resultatene blir så presentert etter analysen, hvor vi vil drøfte teori og forskningen opp mot hverandre. Vi vil også drøfte hvordan dette kan benyttes av sykepleier i praksis. Avslutningsvis kommer vi til å oppsummere det vi har diskutert med en konklusjon som besvarer problemstillingen.

1.4 BEGREPSAVKLARING

I dette kapitlet skal vi definere noen begrep som er viktige for oppgaven. Begrepene vi skal definere er sentrale i problemstillingen vår og kommer til å gjenta seg gjennom oppgaven, vi ønsker derfor å vise vår forståelse for begrepene.

Sykepleie: Sykepleie handler om å arbeide med mennesker i alle aldre og livsfaser med forebyggende, helsefremmende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjoner. Sykepleie handler også om indirekte pasientrettede oppgaver slik som undervisning og veiledning (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

Hjerneslag: Hjerneslag skyldes en plutselig redusert blodtilførsel til deler av hjernevevet, enten grunnet en propp i en arterie (hjerneinfarkt) eller en blødning fra et kar som sprekker (Eiding, 2019, s. 147).

Rehabilitering: Rehabilitering retter seg mot mennesker som har akutt eller langvarig helse- eller funksjonssvikt. Pasienten befinner seg i en situasjon hvor sykdom eller skade har ført til behov for ny kunnskap og opptrening av nye ferdigheter for å kunne mestre livssituasjonen (Kristofferson et al., 2016, s. 19).

2 TEORIBAKGRUNN

I dette kapittelet vil vi presentere teori om sykepleieres funksjon, hjerneslag, rehabilitering i sykepleie, sykepleie til slagrammede og motivasjon. Teorien som blir presentert er valgt ut for å kunne drøfte problemstillingen videre.

2.1 SYKEPLEIERS FUNKSJON

Sykepleier har flere funksjoner oppimot pasienter rammet av slag. Av disse funksjonene er det å fortolke, støtte, integrerende og en bevarende funksjon (Wergeland et al., 2020, s. 304). I den fortolkende funksjonen handler dette om å hjelpe den slagrammede til å få bedre innsikt i pasientsituasjonen som for eksempel å hjelpe pasienten med å sette realistiske mål, se sine ressurser og samtidig sine begrensninger. Den støttende funksjonen handler om å støtte pasienten gjennom å skape tillit og håp. Sykepleier hjelper pasienten gjennom å tilpasse aktiviteten til et nivå der pasienten kan oppleve mestring. Det er også viktig i denne fasen å motivere pasient gjennom kontinuerlig tilbakemeldinger. Den integrerende funksjonen omhandler at sykepleier skal integrere behandlingen gjennom det dagligdagse. Sykepleier har også rollen som talsperson for pasienten og samtidig knytte alle tilhørende i rehabiliteringsteamet sammen. Den bevarende funksjonen handler om å ta vare på de grunnleggende behovene til pasienten. Altså å balansere aktivitet og hvile slik at det fysiske og psykiske er i samspill gjennom behandlingsforløpet (Wergeland et al., 2020, s. 304).

2.2 HJERNESLAG

Ordet hjerneslag er et samlebegrep som handler om at hjernen mister blodtilførsel. Definisjon på hjerneslag er «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 et al., 2020, s. 304).

Det er om lag 15 000 personer i Norge hvert år, som blir utsatt for et hjerneslag (Wergeland et al., 2020, s. 304). De fleste som blir rammet av dette er over 65 år. De som rammes, rammes enten av hjerneinfarkt eller hjerneblødning. Forløpet til et hjerneinfarkt er at en av blodårene som forsyner hjernen med blod tilstoppes. Dette kan være en blodpropp som enten kommer fra hjertet eller halsarteriene, og som følger en blodåre opp til hjernen og setter seg som en propp i arteriene (Wergeland et al., 2020, s. 304).

Ved hjerneblødning vil arteriene i hjernen eller hjernehinnen sprekke og forårsake en blødning. Ved hjerneblødning vil det være 2-3 ganger høyere dødelighet i den første fasen av hjerneslaget. Forholdet mellom infarkt og blødning er at 85-90% er infarkt og 10-15% er blødning (Wergeland et al., 2020, s. 304).

Siden hjernen ikke har ett eget energilager, vil de cellene som har manglende blodtilførsel ta skade eller dø i løpet av noen timer. Dette på grunn av mangel på oksygen og glukose, noe vil videre kan føre til død eller funksjonsnedsettelse (Wergeland et al., 2020, s. 303-305).

Utfall en slagrammet pasient kan bli rammet av er motoriske utfall slik som lammelser, svelgevansker og balansetap. Sensoriske utfall slik som nedsatt sensibilitet, synsutfall forekommer også. Nevropsykologiske utfall slik som neglekt og apraksi kan forekomme hos noen pasienter. Kommunikasjonsproblemer kan også forekomme slik som afasi og dysartri. Psykiske forandringer kan også forekomme hos flere pasienter slik som depresjon, aggresjon og emosjonell instabilitet (Wergeland et al., 2020, s. 306-310).

2.3 REHABILITERING

Rehabilitering defineres som «tjenester for å bedre funksjonsevne og aktivitetsmuligheter for unge, voksne og eldre med funksjonsproblemer.» (Romsland et al., 2015, s. 11). For sykepleiere omhandler dette arbeidet man gjør sammen med pasienten for å øke funksjonsevnen, samtidig som det kan være å hjelpe pasienten til å tilpasse seg en ny livssituasjon som for eksempel lammelse etter hjerneslag (Romsland et al., 2015, s. 11). Under rehabilitering av pasienter med hjerneslag, vil man dele rehabiliteringsprosessen inn i ulike faser. Disse fasene er akutfase, subakutfase 1 og 2, overgangsfase og tilpasningsfase (Wergeland et al., 2020, s. 312).

Allerede i akutfasen som strekker seg fra 0-24 timer, vil man starte å mobilisere pasienten. Den tidlige mobiliseringen vil også være viktig for å kunne forebygge komplikasjoner (Wergeland et al., 2020, s. 313). Avhengig av hvor stort utfall pasienten har fått, vil man vurdere hva som er den mest hensiktsmessige måten å mobilisere pasienten på (Wergeland et al., 2020, s. 317). Videre i den første subakutfasen vil sykepleier allerede starte med å trene på dagligdagse gjøremål (ADL). For å øke pasientens funksjon, vil sykepleier gjøre dette gjennom å samhandle med pasienten ved å gjennomføre aktiviteter i dagliglivet (ADL). For å sette søkelys på dette er det viktig å skape et rehabiliteringsmiljø rundt pasienten (Romsland et al., 2015, s. 33-34). For at sykepleier og pasient skal kunne samhandle på en slik måte at pasientens behov blir møtt, står brukermedvirkning sentralt (Boge, 2020, s. 73). Videre i den andre subakutfasen vil sykepleier og pasient intensivere treningen, og sette mål om hva som er ønsket ut ifra pasientens mål (Wergeland et al., 2020, s. 314). I de to siste fasene i rehabiliteringen, vil man vurdere videre rehabilitering ut fra pasientens potensial eller hjelpe pasienten med å tilpasse seg ett nytt liv der pasienten må leve med funksjonsproblemer (Wergeland et al., 2020, s. 313-314).

Gjennom rehabiliteringsfasen er det også sykepleiers ansvar å påse at de grunnleggende behovene til pasienten blir ivaretatt (Wergeland et al., 2020, s. 304). Under rehabilitering er søvn og hvile viktig for pasienten. Søvn og hvile vil bidra til raskere rehabilitering gjennom oppbygging da det aktiviserer immunsystemet som bidrar til å fornye kroppens celler og forhindrer nedbryting. Om Pasienten får for lite søvn, vil dette medføre at kroppen brytes ned i større grad. Derfor vil pasienter under rehabiliteringsfasen ha et økt behov for søvn og hvile (Bastøe & Frantsen, 2014, s. 302-305).

2.4 SYKEPLEIE TIL SLAGPASIENTER

Slagrehabiliteringens mål i sykepleie er å bedre og gjenvinne funksjonsevne etter opplevd slag. Dette kan også innebære at pasienten må tilpasse seg en annerledes livssituasjon enn hva de hadde før slaget (Wergeland et al., 2020, s. 314-315). Gjennom sykdomsforløpet vil sykepleier observere og identifisere symptomer, forverring og komplikasjoner opp imot pasientens hjerneskade. Dette gjør sykepleier gjennom datasamling ved ulike kartleggingsverktøy, samtaler og målinger under rehabiliteringen (Wergeland et al., 2020, s. 315).

Ved rehabilitering av slagpasienter, står tverrprofesjonell behandling sentralt. Ett team bestående av lege, ergoterapeut, fysioterapeut, logoped og sykepleier vil jobbe sammen for å sikre ett best mulig pasientforløp (Helsedirektoratet, 2017). Det er sykepleiers oppgave å koordinere dette teamet, samt være bindeleddet mellom team og pasient (Wergeland et al., 2020, s. 303-304).

2.5 MOTIVASJON

En av de mest vesentlige oppgavene til sykepleiere innen rehabilitering, er å skape motivasjon hos pasienten (Romsland et al., 2015, s. 34). Motivasjon skapes gjennom håp. I rehabilitering vil håp være pasientens ønske til å nå sine mål. Håp kan lede til økt motivasjon hos pasienten. Ved å ha håp om å få tilbake eller bedre funksjonsevnen sin, kan pasienten få større motivasjon til å delta aktivt i rehabiliteringen (Romsland et al., 2015, s. 187). Tillit til seg selv og andre kan også påvirke motivasjon hos pasienten. Pasienten trenger å ha tillit til sykepleier som hjelper og også til seg selv (Romsland et al., 2015, s. 129). Tillit skapes gjennom relasjon mellom pasient og sykepleier. Relasjon kan videre skapes gjennom kommunikasjon, støtte, empati og gjensidig respekt. God relasjon kan bidra til at pasienten føler seg trygg og ivaretar motivasjonen til pasient. Ved å sette meningsfulle mål for rehabiliteringen som er fremtidsrettet, kan dette også være med på å gi håp til pasienten og være motiverende (Romsland et al., 2015, s. 71).

3 METODE

Denne bacheloroppgaven er en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie må oppfylle enkelte kriterier som en klart formulert problemstilling, og må besvares ved hjelp av relevante forskningsartikler. Prosessen for å belyse den valgte problemstillingen går ut på å identifisere, velge ut, vurdere og analysere forskningen. For at studiet skal kunne gjennomføres, det kreves at det foreligger et tilfredsstillende antall studier som er relevante for temaet (Forsberg & Wengstöm, 2015, s. 26-28).

I metodekapittelet kommer vi til å beskrive vår fremgangsmåte for å finne artikler av god kvalitet og som er relevante i besvarelsen for problemstillingen. Vi kommer til å presentere våre søkeord og databaser, inklusjon- og eksklusjonskriteriene vi har satt. Til slutt kommer vi til å presentere hvordan vi gikk frem i kvalitetsvurdering og analyse.

3.1 DATAINNSAMLING

3.1.1 DATABASER OG SØKEHISTORIKK

Vi hadde begge sett for oss hva vi ville skrive om, og valgte en tentativ problemstilling før vi begynte å søke etter forskningsartikler. Da vi begynte å søke etter forskningsartikler tilspisset vi problemstillingen mot den vi endte på nå. Til arbeidet valgte vi å benytte oss av PICO-skjema som står for **P**opulation (hvem), **I**ntervention (hva), **C**omparison (alternativer) og **O**utcome (resultat) (Aveyard, 2019, s. 33; Haraldstad & Christophersen, 2008, s. 151-153).

Vårt PICO-skjema ble seende slik ut, vi har ikke tenkt til å sammenligne tiltak og kommer derfor ikke til å benytte **C**omparison.

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Hjerneslagpasienter	Sykepleier		Rehabilitering
<u>Søkeord:</u>	<u>Søkeord:</u>		<u>Søkeord:</u>
Ischemic stroke	Nursing role		Stoke rehabilitation
Hemorrhagic stroke	Rehabilitation nursing		Mobilisation
Stroke patients	Stroke nursing		Quality of life
Stoke units	Nursing interventions		Rehabilitation
	Nurs*		

TABELL 1: PICO-SKJEMA

Søkeordene vi benyttet oss av var «Nursing role», «Rehabilitation nursing», «Ischemic stroke», «Hemorrhagic stroke», «Stroke patients», «Nurs*», «Stroke nursing», «Stroke units», «Stroke rehabilitation», «Rehabilitation», «Nursing interventions», «Mobilisation» og «Quality of life». Vi benyttet oss av boolske operatører når vi skulle kombinere søkeordene. Boolske operatører betyr at ordene må bestå av «AND», «OR» og «NOT», og benyttes for å kombinere søkeordene vi har valgt for å finne forskning. Boolske ordet «AND» brukes mellom søkeordene, forskningen må da inneholde begge ordene en søker på. For eksempel «Rehabilitation nursing» AND «Stroke patients». På den måten begrenser vi søket slik at vi kun får resultater som inneholder begge søkeordene. Boolske ordet «OR» brukes når en ønsker å utvide søkeresultatet ved å kombinere flere søkeord. For eksempel «Ischemic stroke» OR «Hemorrhagic stroke», ved å søke på dette får vi søkeresultat fra begge søkeordene uten at søkeresultatet nødvendigvis inneholder begge søkeordene. Det boolske ordet «NOT» brukes dersom en ønsker å inkludere et søkeord, og samtidig ekskludere et annet søkeord. Vi har ikke benyttet oss av dette boolske ordet (Forsberg & Wengstöm, 2015, s. 68-69). For å se hvordan vi gikk frem med søkemetoden vår se vedlegg 1.

Det systematiske litteratursøket vi gjorde for denne bacheloroppgaven ble gjennomført fra januar 2023 til mai 2023. Da vi satt i gang søkeprosessen hadde vi allerede en tentativ problemstilling som vi ønsket å finne forskningsartikler på, da begynte vi å søke på Google Scholar for å få et forhold på eventuell forskning som er tilgjengelig. Da vi hadde kartlagt tilgjengelige artikler begynte vi å tilspisse problemstillingen mot den vi endte opp med. Deretter begynte søket i databaser mer rettet mot problemstillingen. I vårt litteratursøk har vi søkt i CHINAL og Medline.

I søkeprosessen vår gikk vi gjennom overskriftene på søkeresultatet før vi valgte hvilke forskningsartikler vi ønsket å lese abstrakter av. Dette var de artiklene som vi mente kunne belyse vår problemstilling. Dette resulterte i 48 leste abstrakter. Etter at vi leste abstraktene som ikke møtte våre inklusjonskriterier ekskluderte vi de artiklene. Da satt vi igjen med 18 artikler, og etter en diskusjon om hvilke artikler som best kunne belyse vår problemstilling og ytterligere kvalitetsvurdering endte vi opp med syv inkluderte forskningsartikler.

3.1.2 INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Inklusjonstema vi satt i litteratursøket var at artiklene skulle handle om slagpasienter og som kunne relateres til problemstillingen vår. Artiklene måtte være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Vi inkluderte bare artikler som hadde et likt helsesystem som Norge. Artiklene måtte være fagfellevurdert og publisert i et tidsskrift. Vi var kun interesserte i artikler som var skrevet fra 2012 til dags dato for å benytte oss av nyere forskning (Aveyard, 2019, s. 76-79).

Eksklusjonskriterier vi satt ved søket var for artikler som ikke handlet om slagpasienter. Vi ekskluderte artikler som var skrevet på andre språk enn norsk, svensk, dansk eller engelsk. Artikler som stammet fra land som har store kontraster i helsesystem fra Norge valgte vi også å ekskludere. Artikler som ikke var fagfellevurdert, eller ikke publisert i et tidsskrift ble også ekskludert. Dette gjelder også artikler som var skrevet før 2012 (Aveyard, 2019, s. 76-79). For å sikre oss forskningsartikler av god kvalitet og relevant innhold, var vi ute etter artikler som hadde IMRaD-struktur. Akademiske oppgaver bygges

opp av en fast struktur og dette er den mest vanlige metoden (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 19). Artiklene skal også være etisk godkjent. Vi hadde opprinnelig satt aldersbegrensninger på artiklene, men underveis måtte vi endre på problemstillingen vår da det ikke var tilstrekkelig forskning angående temaet, derfor har vi ikke aldersbegrensninger på litteratursøket vi endte opp med.

3.2 KVALITETSVURDERING

Pålitelighet eller reliabilitet er et kriterium for kvalitet i forskning og om hvorvidt arbeidet vi har presentert er til å stole på (Dalland, 2020, s. 58). Vi står selv ansvarlige for kritisk vurderingen av forskningsartiklene.

Det første steget vi gjorde i kvalitetsvurderingen var å undersøke om de inkluderte artiklene hadde IMRaD-struktur, som står for **I**ntroduksjon, **M**etode, **R**esultat and **D**iskusjon (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 19). Til den videre kvalitetsvurderingen valgte vi å benytte oss av Forsberg & Wengeström (2015, s. 191-207) og Helsebibliotekets (2021) sjekklister for systematisk litteraturstudier. Da vi fulgte sjekklistene kom vi fram til at de artiklene vi inkluderte i oppgaven var akseptabel kvalitet. Ved bruk av sjekklistene kunne vi systematisk vurdere formål, resultat, metode, analyse, etiske forhold og om resultatene er relevante for praksisen. Underveis i sjekklistene fikk vi tips og veiledning gjennom punktene. Det er flere sjekklister som er utarbeidet for ulike typer artikler, som har flere fellestrekk. Vi har valgt å bruke de sjekklistene som passer best for våre inkluderte artikler. Det er lagt ved en sjekkliste til den ene forskningsartikkelen vi har inkludert i oppgaven, se vedlegg 2.

Da vi skulle vurdere kvaliteten av tidsskriftet som artiklene var publisert i benyttet vi register over vitenskapelige publiseringskanaler. Vi valgte å bare benytte oss av artikler som hadde godkjenning på nivå 1 eller 2, nivå 2 er den høyeste rangeringen (DBH, u.å.).

3.3 ETISKE VURDERINGER

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre at deltakerne i forskningen ikke blir påført skade eller belastninger. Forsøkspersonene skal derfor informeres om studiens hensikt, hva studien går ut på og mulige risiko ved å delta (Slettebø, 2016, s. 242-244). Tre av artiklene vi har inkludert er godkjente av en etisk komité, men etter å ha lest alle artiklene flere ganger og i tillegg gjort en grundig vurdering av artiklene bestemte vi oss for at alle artiklene var av god forskningsetikk. Vi ser derfor på alle inkluderte artikler som etisk gode artikler. Deltagerne i forskningsartiklene ble anonymisert, de fikk tilstrekkelig med informasjon om undersøkelsen, de gav samtykke til å delta og hadde hele tiden mulighet til å trekke seg dersom det var ønskelig. Resultatet av den etiske vurderingen er at våre inkluderte artikler er av god etisk standard.

3.4 ANALYSE

Kritisk tilnærming av hver artikkel er det første steget av analysen. Det neste steget er å finne hovedfunn, det er temaer som går igjen i artiklene som er hovedfunnene, og disse burde reflektere problemstillingen vår (Aveyard, 2019, s. 133-141). Vi har valgt å bruke en innholdsanalyse, det gjør at vi systematisk klassifiserer dataen steg for steg for å identifisere tema som er gjennomgått. I vår oppgave har vi valgt å benytte oss av Evans (2002) sin metode for innholdsanalyse, den består av fire steg:

Steg 1 – Innsamling av datamaterialet

Det første steget er innsamling av data for å belyse problemstillingen (Evans, 2002). Hvordan vi gikk frem med dette punktet er nærmere forklart i punkt 3.1 – Datainnsamling. Der vi viste hvordan vi kom frem til syv forskningsartikler, som videre skulle analyseres.

Steg 2 – Identifisering av nøkkelfunn

Dette steget handler om å lese og analysere hver enkelt studie for å identifisere nøkkelfunnene. Det er bare resultatene fra hver enkelt studie som er relevante for analysen, og det er disse nøkkelpunktene som er utgangspunktet til selve analysen (Evans, 2002).

I dette steget fant vi ut hva artiklene handlet om. Vi tok for oss alle artiklene hver for oss, for deretter å diskutere innholdet i artiklene. Dette for å sikre at begge hadde lik forståelse av innholdet, samt at vi kunne avdekke om en av oss hadde oversett noe i teksten. Deretter valgte vi å opprette et dokument for å skrive ned nøkkelfunn og sentrale temaer fra hver artikkel.

Steg 3 – Vurdering av studiene i forhold til hverandre

Dette steget handler om å vurdere studiene opp mot hverandre. Videre blir nøkkelfunnene sammenlignet for å finne felles hovedtemaer som går igjen i de ulike studiene. Fra disse hovedtemaene kan en identifisere undertemaer (Evans, 2002).

Etter at vi hentet ut det viktigste fra hver artikkel, gikk vi gjennom dokumentet for å studere likheter og forskjeller. Vi fikk plassere funnene som gikk igjen i kategorier, da fikk vi hovedkategorier samlet til følgende temaer:

- Tidlig rehabilitering øker funksjonsnivået
- Sykepleiers rolle
- Hvordan pasienter tilbringer tiden under rehabilitering

Etter at vi hadde identifisert de ulike hovedfunnene, og tema lagde vi oss en tabell med undertema vi inkluderte (Aveyard, 2019, s. 137):

Hovedfunn	Undertema
Tidlig rehabilitering øker funksjonsnivået	<ul style="list-style-type: none"> • Tidlig mobilisering øker aktivitetsnivå • ADL trening
Sykepleiers rolle	<ul style="list-style-type: none"> • Motivere • Tett oppfølging
Hvordan pasienter tilbringer tiden under rehabilitering	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleier trener ADL med pasienter • Inaktiv tid

TABELL 2: ANALYSETABELL

Steg 4 – Beskrivelse av fenomenet

Det siste steget handler om å presentere funnene som er identifisert i steg 3 og gjøre rede for det. Funnene vi har avdekt i analysen skal belyse problemstillingen. Undertemaene skal vi gjøre rede for i en analytisk tekst som vil bli presentert i resultatkapitlet (Evans, 2002).

4 RESULTAT

I dette kapitelet ønsker vi å presentere en sammenfatning av de funnene vi gjorde i litteratursøket, med utgangspunkt i kategoriene som ble analysert frem: tidlig rehabilitering øker funksjonsnivået, sykepleiers rolle og hvordan pasienter tilbringer tiden under rehabilitering. Innholdet i hovedfunnene mener vi vil underbygge og hjelpe oss med å belyse vår problemstilling:

Hvordan kan sykepleier hjelpe slagrammede pasienter i rehabiliteringsprosessen?

4.1 ARTIKKELMATRISER

Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/ konklusjon	Relevans
Chouliara et al. (2019). How do patients spend their time in stroke rehabilitation units in England? The REVIHR study. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 43(16), 2312-2319	Undersøke hvordan pasienter tilbringer tiden sin på slag rehabiliteringsenheter i England.	Stroke; Rehabilitation units; evidence-based practice; behavioral mapping; activities of daily living.	144 pasienter innen en måned etter hjerneslag fra fire slag rehabiliteringsenheter og observerte deres aktivitetstype, interaksjoner og lokalisering.	Hjerneslagpasienter i England tilbringer en stor del av dagen sin inaktiv og alene. Muligheter for å fremme et rehabiliteringsfokusert miljø kan omfatte: a) styrke rollen til rehabilitering assistenter. b) støtte pleiepersonell i å maksimere mulighetene for utøvelse av dagliglivets aktiviteter. c) involvere familiemedlemmer i rehabiliteringsprosessen.	Hvordan pasienter bruker tiden under rehabilitering og hvordan sykepleier kan bidra til økt aktivisering
Kidd et al. (2015). Development and evaluation of a nurse-led, tailored stroke self-management intervention. <i>BMC</i>	Målet med denne studien var å utvikle en selvmestringsintervensjon som kunne skreddersys	Goal Setting; Stroke Survivor; Evaluation Phase;	Intervensjonen ble utviklet og evaluert i to faser. I den første fasen ble intervensjonen utviklet basert på et teoretisk konsept	Mange av de individuelle tiltakene i intervensjonen ble oppfattet som gjennomførbare	Hvordan sykepleiere tilnærmer seg slagpasienter og

<p><i>Health Services Research, 15(359)</i></p>	<p>til personer som hadde overlevd hjerneslag. Mot behov for selvledelse, mål og aktiveringsnivåer, det første året etter hjerneslaget.</p>	<p>Modify Rankin Scale; Post Stroke</p>	<p>om pasientaktivering og ble utviklet på grunnlag av publisert forskning om slag, selvledelse og intervjuer samt fokus grupper. Det ble evaluert ved bruk av kvalitative intervjuer og fokusgrupper med personer som har overlevd hjerneslag.</p>	<p>og akseptable for både pasienter og sykepleiere.</p>	<p>motiverer til rehabilitering.</p>
<p>Li et al. (2021). Application Value of Rehabilitation Nursing in Patients with Stroke Based on the Theory of Interactive Standard: A Randomized Controlled Study. <i>Hindawi, 2021, Artikkel 9452765</i></p>	<p>Å utforske bruksverdien av rehabiliteringssykepleie basert på teorien om interaktive standarder hos slagpasienter.</p>	<p>Rehabilitation nursing; Stroke - Rehabilitation.</p>	<p>Slagpasienter ble delt tilfeldig inn i en kontroll- og en observasjonsgruppe. Observasjonsgruppen brukte interaktiv rehabilitering.</p>	<p>Rehabiliteringssykepleie basert på den interaktive standardteorien kan motivere slagpasientene til å fullføre rehabiliteringsmålene, forbedre neurologiske og lemfunksjoner, og forbedre pasientenes daglige levedyktighet, livskvalitet og sykepleie tilfredshet.</p>	<p>Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med å oppnå størst mulig funksjonsnivå ved å øke aktivisering</p>
<p>Port et al. (2012). How to increase activity level in the acute phase after stroke. <i>Journal of Clinical Nursing, 21(23-24), 3574-3578</i></p>	<p>Å undersøke om aktivitetsnivået til slagrammede øker med implementering av stimuli for aktivt.</p>	<p>Implementation ; inactivity, intervention; stroke.</p>	<p>En intervensjon ble gjennomført for å stimulere aktivitetsnivået til pasientene. Dette innebærer å øke gruppeterapiøktene samt å gi en terapi guide som inkluderer øvelser som pasientene kunne gjøre alene eller sammen med sykepleiere,</p>	<p>Enkle intervensjoner kan føre til mindre inaktivitet hos slagpasienter.</p>	<p>Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med å oppnå størst mulig funksjonsnivå ved å øke aktivisering</p>

			terapeuter eller familie for å stimulere pasientene til å være mer aktive.		
Vermeulen et al. (2013). Time Use of Stroke Patients with Stroke Admitted for Rehabilitation in Skilled Nursing Facilities. <i>Rehabilitation Nursing, 38(6), 297-305</i>	Beskrive hvordan pasienter med hjerneslag brukte tiden hos behandlingssenter	Stroke; time use; rehabilitation; multidisciplinær y samarbeid; nursing, Skilled Nursing Facilities (SNF).	Pasientene ble observert ved 10 minutters intervall gjennom en dag.	Pasienter brukte mere enn halve dagen på terapeutiske aktiviteter.	Hvordan pasienter bruker tiden under rehabilitering og hvordan sykepleier kan bidra til økt aktivisering
Wang et al. (2021). Effectiveness of Rehabilitation Nursing versus Usual Therapist-Led Treatment in Patients with Acute Ischemic Stroke: A Randomized Non-Inferiority Trial. <i>Clinical Interventions in Aging, 16, 1173-1184</i>	For å fastslå effekten av rehabiliteringsprogram ledet av sykepleier for pasienter med iskemisk hjerneslag.	Rehabilitation ; nursing; acute ischemic stroke; motor function.	Pasienter ble tilfeldig delt inn i en eksperimentell gruppe og i en kontrollgruppe. Den eksperimentelle gruppen fikk rehabilitering av godt trente og kvalifiserte sykepleiere. Kontrollgruppen fikk rehabilitering av terapeuter med samme tidspunkt og frekvens som den eksperimentelle gruppen.	Begge behandlingene hadde sammenlignbar effekt.	Hvordan sykepleiere tilnærmer seg slagpasienter og motiverer til rehabilitering.
Xie et al. (2021). Intervention Effect of Rapid Rehabilitation Nursing Combined with Continuous Nursing after Discharge on Patients with Cerebral Infarction in Recovery Period and the Changes in	Å utforske effekten av rask rehabiliteringssykepleie kombinert med kontinuerlig sykepleie etter utskrivning av pasienter med hjerneinfarkt i restitusjonsperioden og dens innflytelse på	Cerebral infarction - Rehabilitation; Cerebral infarction - Nursing; Rehabilitation nursing; Nursing interventions; Recovery; Treatment	Slagpasienter under rehabilitering ble tilfeldig delt inn i en kontroll og en observasjonsgruppe. Kontrollgruppen fikk rutinemessig sykepleie, og observasjonsgruppen fikk rask rehabiliteringssyke	Rask og kontinuerlig rehabilitering gjennom sykepleie kan forbedre motorisk funksjon, ha positiv psykisk effekt og forbedre livskvalitet.	Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med å oppnå størst mulig funksjonsnivå ved å øke aktivisering

Motor Function, Mental State, and Quality of Life. <i>Hindawi, 2021, Artikkel 8065868</i>	motorisk funksjon, mental tilstand og livskvalitet.	outcomes - Evaluation; Motor skills - Evaluation; Quality of life - Evaluation.	leie kombinert med kontinuerlig sykepleie etter utskrivning.		
--	---	---	--	--	--

TABELL 3: ARTIKKELMATRISER

4.2 PRESENTASJON AV RESULTAT

4.2.1 TIDLIG REHABILITERING ØKER FUNKSJONSNIVÅET

Et sentralt funn i flere av studiene er at tidlig mobilisering av pasientene øker aktivitetsnivået. Tidlig rehabilitering og god oppfølging av pasientene kan føre til at rehabiliteringstiden blir kortere. Tett oppfølging fra sykepleier er også et viktig aspekt, hvor sykepleier sammen med pasient setter opp realistiske mål for rehabiliteringen.

Da må sykepleier kartlegge funksjonsnivået hos pasienten før slaget og hvor selvhjulpne pasienten selv ønsket å bli etter rehabilitering. Studien viser til at sykepleier har en sentral rolle med å fremme pasienten i rehabiliteringen og forbedre levestandarden til pasienten. Sykepleier skal også optimalisere rehabiliteringsprogrammet for å forbedre pasientens funksjon (Xie et al., 2021). Studien til Li et al. (2021) skriver også at sykepleier og pasient må ha et tett samarbeid for å sette realistiske mål for rehabiliteringen. Studien viser også til at sykepleier og pasient må arbeide sammen for å minimere inaktiviteten gjennom rehabiliteringen. Studien konkluderte med at pasienter som ble rehabilitert etter nyere retningslinjer brukte mindre tid på rehabilitering av funksjonen til ekstremiteter. Pasientene hadde bedre samhandling opp mot rehabiliteringsøvelsene, noe som førte til at pasientene fikk utøvd øvelsene på en bedre måte opp mot retningslinjene.

Studiene viser også til at tidlig mobilisering er et relativt enkelt tiltak for å stimulere pasientenes aktivitetsnivå, som resulterer i at aktivitetsnivået blir økt også senere i rehabiliteringen. Involvering av sykepleier i rehabilitering er essensiell for å øke aktivitetsnivået. Siden sykepleier er den yrkesgruppen som er hos pasienten mest gjennom døgnet er det lettere å sysselsette pasienter til å gjøre enkle hverdagslige gjøremål for å stimulere aktivitetsnivået. Gjøremål slik som vaske seg om morgenen, kle på seg og kle av seg er enkle aktiviteter som er med på å stimulere aktivitetsnivået. Studien viser også at tidlig mobilisering «ut av sengen» innen 24 timer etter slag symptomer, kan relateres til tidligere gåing uten assistanse (Port, 2012). Ettersom sykepleier er den som er sammen med pasienten mest i løpet av en dag, har derfor sykepleier størst potensial til å maksimere pasientens stimulering av hverdagslige gjøremål, slik som ADL. Det viser at sykepleier har det største potensialet for å rehabilitere pasienten uten andre i teamet til stede, og at rehabiliteringen kan foregå til alle døgnets tider på en slik måte at pasienten kan gjennomføre det selv. Sykepleier er en viktig støttefunksjon for pasienter, da sykepleier ivaretar pasientens verdighet og motiverer til å klare seg selvstendig (Chouliara et al., 2019).

4.2.2 SYKEPLEIERS ROLLE

Ifølge Kidd et al. (2015) er sykepleiers evne til å motivere og sette mål sammen med pasienten viktig for å utgjøre en stor forskjell i rehabiliteringen. Sykepleier setter pasientens ønsker og prioriteringer i fokus for å sammen finne målsettinger med rehabiliteringen. Målsettingen hjelper pasienten med å sette søkelys på selvlædelseshandling, og dermed motiverer pasienten til å rehabilitere på eget initiativ. For at målsettingen skal oppnås må pasienten være motivert for rehabiliteringen, og ha et ønske om å bli mer selvstendig. Dersom pasienter ikke er motiverte går det ut over kvaliteten på rehabiliteringen, det kan hende målsettingen ikke blir oppnådd (Kidd et al., 2015).

Wang et al. (2021) viser til studie at sykepleier kan hjelpe pasienter med rehabilitering av aktivitet i dagliglivet (ADL). Dette kan eksempelvis være å reise seg fra stol eller seng til stående stilling for å trene på bevegelsen å reise seg, men også balanse. Annen trening er også uttøying i den grad pasienten klarer å gjennomføre det. Sykepleier er med på å motivere pasienten til å gjennomføre rehabiliteringen ved å gi pasienten oppgaver som er meningsfulle og har en verdi og sentral rolle for rehabiliteringen. Sykepleier har også en fordel siden de arbeider tett på pasientene og har muligheten til å gi oppgaver i den daglige basisen. Det gir muligheten til å rehabilitere kontinuerlig på gjøremål slik at arbeidsbelastningen av rehabiliteringen ikke blir for stor for pasienten (Wang et al., 2021).

Ifølge Vermeulen et al. (2013) har sykepleier en viktig rolle med å motivere pasienten til å gjennomføre rehabiliteringen, de har også en viktig funksjon med å gi psykisk støtte. Det er sykepleier som kan være med å motivere en pasient til å ville gjennomføre den tidlige og viktige rehabiliteringen, ettersom sykepleiere arbeider så tett på pasientene er det viktig at de oppmuntrer til å trene på egenhånd på øvelser de selv kan gjøre. Det er viktig at sykepleier oppfordrer pasienten til å gjennomføre trening på egenhånd, dette i form av enkle øvelser som er viktige og relevante for pasientens rehabilitering. Hva som er viktig og relevant bestemmes ut fra skadens omfang og utfall (Vermeulen et al., 2013).

4.2.3 HVORDAN PASIENTER TILBRINGER TIDEN UNDER REHABILITERING

En påstand studiene viste til var at pasientene brukte mye av tiden sin inaktiv og alene, studien viser til at pasientene var inaktive i hele 37-43% av dagen (Chouliara et al., 2019; Vermeulen et al., 2013). Inaktiv tid er ifølge studiene når pasientene er sengeliggende eller ikke gjennomfører noen form for aktivitet.

Chouliara et al. (2019) viser til at pasientene brukte tiden variert i løpet av dagen mens de var aktive, eksempelvis brukte pasientene 31% av dagen til å se TV. ADL trening slik som å kle på seg, tid til personlig hygiene, gå trening, mobilisering, skriving og lesing utgjorde 26% av dagen under rehabiliteringen. Sykepleier var sammen med pasienter og gjennomførte spesifikk rehabilitering 6% av dagen.

Ifølge Vermeulen et al. (2013) brukte pasientene 56% av dagen på aktiviteter som måltider og ADL trening. Sykepleier var sammen med pasienten og trente på mer spesifikk rehabilitering 8% av dagen. Totalt sett var det sykepleier som var sammen med pasienten mest gjennom dagen, det ble målt at sykepleier var sammen med pasient i 10% av dagen.

5 DISKUSJON

I denne delen av oppgaven skal vi diskutere funnene fra resultatet i lys av teorien. Ved å knytte funnene sammen skal vi besvare oppgavens problemstilling:

Hvordan kan sykepleier hjelpe slagrammede pasienter i rehabiliteringsprosessen.

5.1 RESULTATDISKUSJON

5.1.1 TIDLIG REHABILITERING ØKER FUNKSJONSNIVÅET

Våre funn viser at tidlig rehabilitering kan føre til økt funksjonsnivå samt at tiden til rehabilitering blir kortere for pasienter (Xie et al., 2021). Rehabilitering av slag er å bedre og gjenvinne funksjonsevnen etter opplevd slag (Romsland et al., 2015, s. 11; Wergeland et al., 2020, s. 303-304). Sykepleier er med på å rehabilitere pasienter ved enkle intervensjoner som ADL, og består av hverdagslige gjøremål slik som å vaske seg, kle på seg og spise selv (Port et al., 2012; Wang et al., 2021; Wergeland et al., 2020, s. 314). Sykepleier kan dermed gjøre en stor forskjell i rehabiliteringen av pasienter med slag, ved å hjelpe pasientene med enkle gjøremål. Det er sykepleier som ser pasienten mest gjennom en dag og kan derfor assistere pasienten til å gjennomføre slike enkle intervensjoner (Chouliara et al., 2019; Port et al., 2012; Vermeulen et al., 2013). Dette er tiltak sykepleier kan gjøre sammen med pasienter i en tidlig fase av rehabiliteringen, uten at det skal gå på bekostning av den spesifikke rehabiliteringen (Chouliara et al., 2019).

Sykepleier har med dette en helt gylden mulighet til å rehabilitere pasienter for å bevare flest funksjoner som mulig. Ifølge Xie et al. (2021), Li et al. (2021) og Port et al., (2012) er det forsket på at tidlig aktivisering gir pasienter større mulighet til å gjenopprette funksjoner som ble påvirket av slaget. Hurtig og kontinuerlig rehabilitering av ADL kan gjøre at utfallene etter slaget blir minimale og at pasienten ikke får nedsatt funksjon etter rehabiliteringen. Hurtig og kontinuerlig rehabilitering av ADL er som tidligere sagt sykepleier som enklest kan gjøre, ettersom det er de som er sammen med pasienten mest i løpet av en dag. Rehabilitering som omhandler å komme seg ut av sengen innen 24 timer kan dermed relateres til best bevaring av funksjoner slik som å gå uten støtte (Port et al., 2012; Wergeland et al., 2020, s. 313). Tidlig og kontinuerlig rehabilitering fører også til at rehabiliteringstiden blir kortere, samtidig som pasientene tar vare på funksjonene.

Det sykepleier gjør har en veldig stor påvirkning for pasienten, den enkle intervensjonen de får gir en svært merkbar endring i funksjonsnivået til pasientene. Sykepleier kan aktivisere og mobilisere pasienter på kveldstid og på helg. Dette er forsket på, og økt stimulering av slike hverdagslige gjøremål fører til et høyere funksjonsnivå (Port et al., 2012). Hurtig rehabilitering sammen med sykepleier raskt etter slaget har vist å bedre funksjonene til pasientene, tidlig rehabilitering gir pasientene en bedre levestandard (Wergeland et al., 2020, s. 313; Xie et al., 2021). Tidlig og bestemt rehabilitering gjør at pasientene kan gjennomføre treningen på egen hånd. Dersom de blir vist og veiledet til å gjøre bestemte øvelser kan de etter hvert motiveres til å gjennomføre øvelsene selvstendig når de ikke har annen trening. Dersom sykepleier er sammen med pasienten i startfasen

av rehabiliteringen kan pasienten instrueres til å gjøre enkelte øvelser pasienten kan gjennomføre selvstendig etter hvert (Xie et al., 2021).

Rehabilitering har en viktig funksjon når det kommer til å forbedre funksjonen til daglige aktiviteter, nevrologisk funksjon som førlighet og smerte, samt livskvalitet. Dette er effekten av rehabilitering dersom det blir utført riktig, og det kan videre øke rehabiliterings effekten for pasienten (Li et al., 2021).

Hurtig og konkret rehabilitering til pasienter er viktig, men det utgjør konsekvenser for sykepleieren som må sette av tid til pasienten. Rehabilitering krever tid og krefter av sykepleier. Konsekvensen av at en sykepleier prioriterer mye tid på en pasient er at det går på bekostning av andre pasienter og arbeidsoppgaver. Dersom pasienter krever mye veiledning og assistanse må sykepleieren prioritere hva de skal gjøre, skal de hjelpe pasienten med øvelsene eller skal de prioritere andre oppgaver de har.

5.1.2 SYKEPLEIERS ROLLE

Sykepleier har en viktig rolle for pasienter under rehabilitering, de er sentrale i rehabiliteringsteamet da det er sykepleier som binder sammen det tverrprofesjonelle teamet som er med på å rehabilitere pasienten (Wergeland et al., 2020, s. 314 - 315). Det er sykepleier som ser og hører mest pasienten og blir derfor essensiell i kommunikasjonen vedrørende pasienten videre i rehabiliteringen. Sykepleier blir ansvarlig for å snakke med pasienten og kartlegge hvordan pasienten var før slaget inntraff, og hvor mye pasienten ønsker seg tilbake til sitt liv (Wergeland et al., 2020, s. 304; Xie et al., 2021). Med denne informasjonen kan sykepleieren sammen med resten av teamet sette opp en plan for den videre rehabiliteringen mot et realistisk mål for pasienten (Kidd et al., 2015; Romsland et al., 2015, s. 71). Det kan ha en stor betydning for pasientenes funksjon at sykepleier motiverer til å gjennomføre øvelsene selvstendig når det er tid for dette (Vermeulen et al., 2013). Sykepleier er også essensiell i den tidlige fasen av rehabiliteringen da dette er en tid hvor rehabilitering kan føre til at funksjoner blir reddet.

Pasienter som har vært rammet av slag og er under rehabilitering har mange støttepersoner rundt seg, dette er blant annet sykepleier. Sykepleier er den eneste støtte personen som er sammen med pasienten hele dagen. Dette gjør at sykepleieren er med på å rehabilitere pasienten så lenge vedkommende er våken og i stand til det. Hovedsakelig er det snakk om rehabilitering av ADL, dette er enkle gjøremål som sykepleier kan motivere pasienten til å gjennomføre så lenge pasienten er våken (Romsland et al., 2015, s. 187). Sykepleier kan legge til rette for at pasienten skal vaske seg, kle på seg og spise, dersom pasienten har store utfordringer med å gjøre disse gjøremålene kan sykepleier også veilede pasienten til å gjennomføre det (Wang et al., 2021). Sykepleier er involvert i mer spesifikk rehabilitering, dette går ut på gå-trening, og trening som foregår utenfor rommet til pasienten og som krever mer av pasienten (Chouliara et al., 2019; Vermeulen et al., 2013; Wergeland et al., 2020, s. 314). Den spesifikke rehabiliteringen foregår sammen med flere fra det tverrprofesjonelle teamet og er basert på øvelser som kartlegger pasientens funksjonsnivå. Basert på kartleggingen kan hele teamet sammen med pasienten legge en plan for trening videre for å bevare og gjenopprette funksjoner, øvelsene kan pasienten trene på sammen med sykepleiere på kvelden og i helgene (Wang et al., 2021).

Sykepleier er det helsepersonellet som står for koordinering og samhandling med teamet, det er sykepleiers ansvar å koordinere pasientens dag. Planlegging av hvordan pasienten skal få mest mulig ut av dagen, og hvem pasienten skal rehabiliteres sammen med den bestemte dagen. (Wergeland et al., 2020, s. 303-304). Sykepleier har også et tett samarbeid med pasienten, ved å snakke med pasienten kan sykepleier være med på å motivere pasienten gjennom rehabiliteringen (Kidd et al., 2015; Romsland et al., 2015, s. 34). For at rehabiliteringen skal fungere best mulig er det viktig at pasienten er motivert for å trene, dersom pasienten ikke er motivert for å trene mot å bli selvstendig og selvhjelpen vil ikke rehabiliteringen gi ønsket effekt. Derfor er samarbeidet mellom sykepleier og pasient viktig for å sette realistiske mål som pasienten også synes er mulig å oppnå (Boge, 2020, s. 73; Li et al., 2021; Xie et al., 2021).

Når sykepleiere skal planlegge dagene til pasienter må de balansere fysisk trening og stimulering sammen med hvile og søvn, det er viktig at pasienten får nok søvn og hvile i løpet av dagen for å få igjen noe av treningen. Dette er en balanse som gjør at pasienten skal få mest mulig ut av treningen uten at det skal gå på bekostning av pasientens helse og velvære (Bastøe & Frantsen, 2014, s. 303-305). Store deler av dagen var pasientene passive, dette er tiden som beregnes til søvn og hvile. Søvn og hvile er veldig viktig for at kroppen får restituere seg og bygger opp igjen musklene etter en dag med trening.

Pasienten er i en veldig sårbar fase etter slaget og i rehabiliteringsfasen, hvor sykepleiere er noen som pasienten kan føle seg trygg på. Dersom pasienten ikke føler seg trygg på helsepersonell vil ikke samarbeidet fungere, noe som påvirker rehabiliteringen. Rehabiliteringen kan oppleves som påkrevd og tvungen istedenfor villet, det gjør at pasienten ikke får et godt utbytte av treningen som blir gjort (Kidd et al., 2015; Li et al., 2021; Xie et al., 2021). En god relasjon og et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient, også i samarbeid med pårørende, kan være helt essensielt for å lykkes med rehabiliteringen (Boge, 2020, s. 73).

En god relasjon og kommunikasjon er viktig for at pasientenes fremtidige funksjonsnivå skal kunne bli så god som mulig. Dette har konsekvenser for sykepleien som blir praktisert, da sykepleiere må sette av tid til å skape en god relasjon til pasientene (Romsland et al., 2015, s. 129). Dette kan i enkelte tilfeller være veldig tidkrevende, ettersom noen pasienter kan kreve mye tid på å bli trygge på sykepleieren. Kommunikasjon kan også være en utfordring for sykepleiere da enkelte pasienter kan ha afasi som gjør at kommunikasjon blir vanskeligere, det kan være konsekvenser for sykepleiere da de må bruke mer tid på å forstå pasienter (Wergeland et al., 2020, s. 306-308). Konsekvenser dette har for sykepleier er at de må prioritere arbeidsdagen annerledes og mister dyrebar tid til enkelte pasienter. Det er viktig at sykepleiere prioriterer tid til pasienter for å skape en god og trygg relasjon slik at pasienten er trygg på omgivelsene, det igjen gjør det enklere for sykepleier å motivere pasienten til å delta aktivt på rehabiliteringen (Kidd et al., 2015; Vermeulen et al., 2013; Wang et al., 2021).

5.1.3 HVORDAN PASIENTER TILBRINGER TIDEN UNDER REHABILITERING

Pasienter bruker mye av tiden under rehabiliteringen passiv, passiv tid betegnes som tid hvor de ligger i sengen eller sitter i en stol uten at de gjør noen form for aktivitet eller trening. Resten av dagen ble brukt på aktive gjøremål som enten da var å spise, trening, ADL trening eller å være sosial sammen med familie eller andre pasienter. Det er sykepleier

som planlegger dagen for pasientene og legger også til rette for hva de trenger individuelt (Wergeland et al., 2020, s. 303-304). Søvn og hvile utgjør en stor del av dagen, det er veldig viktig med tilstrekkelig søvn og hvile siden for lite av dette fører til at kroppen brytes ned i større grad på grunn av belastningen etter trening (Bastøe & Frantsen, 2014, s. 303-305).

Mye av tiden som var brukt på trening var ADL trening, dette er som tidligere nevnt trening av daglige aktiviteter og er sykepleier som gjennomfører gjerne i form av stell og måltider. ADL-trening kan gjennomføres enten med eller uten assistanse, sykepleier kan i starten av rehabiliteringen hjelpe pasienten med gjennomføringen. Etter hvert som pasienten blir kjent med øvelsene de skal gjennomføre kan pasienten gjøre dette selv, dersom sykepleier legger til rette for pasienten (Chouliara et al., 2019). Trening sammen med flere fagpersoner fra det tverrfaglige teamet gjøres på dagtid, når alle fagpersonene er til stede på arbeid. Trening sammen med flere fagpersoner gjøres ikke mye av, dette siden det er flere pasienter som skal trene sammen med dem. Sykepleier blir ofte instruert i hvilke øvelser pasienten skal gjøre og trener sammen med pasienten på kveldstid og på helg (Vermeulen et al., 2013).

Pasienter bruker mye av tiden på rommene sine, enten alene, sammen med helsepersonell eller sammen med familie. Ifølge Vermeulen et al. (2013) og Chouliara et al. (2019) brukte pasientene mest tid inne på sine egne rom, selv om de var mye ute på fellesområder. Det kan være enklere for sykepleiere å aktivisere pasienter når det er flere sammen, sykepleiere kan bruke mer tid sammen med pasientene. Sykepleiere får samtidig en bedre oversikt over pasientene samtidig som de får muligheten til å motivere dem til å gjøre øvelser eller aktiviteter. Det kan være ved måltider, sykepleier kan legge til rette for pasientene og motivere dem til å spise selv (Chouliara et al., 2019; Port et al., 2012; Wang et al., 2021).

5.2 KONSEKVENSER FOR SYKEPLEIE

Resultatene som nå er presentert har en konsekvens for sykepleie, ved at sykepleier må prioritere dagen på en annen måte for å rekke å aktivisere pasientene. Sykepleier har mange oppgaver å gjøre gjennom en arbeidsdag og dersom de i tillegg må tilbringe mye tid på trening av pasienter går det utover andre arbeidsoppgaver. Sykepleier må derfor prioritere dagen, om de har tid til å trene sammen med pasienten eller ikke. Pasienter i en tidlig fase av rehabiliteringen trenger mye oppfølging og sykepleier kan ikke alltid prioritere den enkelte pasienten fremfor resten av pasientene og arbeidsoppgaver (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22; Xie et al., 2021).

Sykepleier må danne seg en relasjon med pasienten og skape tillit (Wergeland et al., 2020, s. 304). Dette er en prosess som krever mer av tiden til sykepleieren, og tar tiden fra andre arbeidsoppgaver. For å oppnå målet med rehabiliteringen som er å bedre og gjenvinne funksjonsevnen må det settes av tilstrekkelig tid for rehabilitering (Wergeland et al., 2020, s. 315). Sykepleier har som oppgave å være bindeleddet i rehabiliteringsteamet og koordinere teamet slik at pasienten får en naturlig balanse mellom aktiviteter og hvile (Bastøe & Frantsen, 2014, s. 303-305; Wergeland et al., 2020, s. 303-304). Enda en oppgave sykepleier har er å undervise og veilede pasienter gjennom rehabiliteringsprosessen. Dette krever planlegging og tar tid for hver pasient som skal

undervises og veiledes (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Ettersom det er flere pasienter på avdelinger og flere arbeidsoppgaver som krever mye tid, må sykepleier være konsekvent på hvordan dagen skal prioriteres og gjennomføres.

5.3 STYRKER OG SVAKHETER VED LITTERATURSTUDIET

Det er enkelte styrker og svakheter ved litteraturstudien. Noen styrker ved studien som vi ser på er at vi var to stykker som arbeidet på oppgaven. Dette gjorde at vi kunne diskutere sammen om oppgaven for å besvare problemstillingen vår på en best mulig måte. Vi leste begge gjennom alle artiklene for så å diskutere om de var relevante for vår problemstilling og om vi kunne bruke de. Vi mener også at det er en styrke opp mot problemstillingen at vi begge har erfaring fra pasienter med slag både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. En svakheter ved litteraturstudien er at alle forskningsartiklene vi inkluderte var skrevet på engelsk, og vi fikk ikke oversatt alt innholdet fra studiene slik vi hadde ønsket (Aveyard, 2019, s. 156).

5.4 KONKLUSJON

I denne oppgaven ønsket vi å finne svar på hvordan sykepleier kan hjelpe slagrammede pasienter med rehabilitering. Våre funn viser til at sykepleier kan hjelpe slagrammede pasienter med rehabilitering på flere måter. Sykepleier er med pasienten store deler av rehabiliteringsprosessen. Fra å dekke pasientens grunnleggende behov til å aktivt ta del i mer spesifikk rehabilitering rettet mot intervensjon. Selv ved å dekke pasientens grunnleggende behov har sykepleier en stor mulighet til å drive aktiv rehabilitering gjennom dagligdagse gjøremål. Dette er med på å øke pasientens funksjon samt bidra til at pasienten får et større grunnlag til å mestre veien tilbake til det daglige livet. Funnene belyser også viktigheten av at sykepleier kommer raskt i gang med tiltak for å aktivisere og mobilisere pasienten så tidlig som mulig, slik at pasienten får bedre funksjon og kortere rehabilitering. Et annet sentralt funn er sykepleiers evne til å motivere. Gjennom å skape relasjon og tillit mellom pasient og sykepleiere, vil dette gi muligheten til å samarbeide tettere med pasienten. Å motivere pasienten gjennom å sette realistiske mål, for at pasienten skal få oppnå en positiv effekt av rehabiliteringen. Vi så også på hvordan pasienten tilbrakte tiden sin under rehabilitering. Det viste seg at sykepleier er den som tilbrakte mest tid av helsepersonell hos pasienten. Opp mot halvparten av den tiden pasienten var aktiv, brukte pasienten tiden til ADL-trening. Dette funnet viser at sykepleier har muligheten til å bedrive rehabilitering i stor grad gjennom ADL. Studiene viste også at pasientene var inaktive store deler av dagen. I den inaktive perioden kan sykepleier hjelpe pasienten med å tilrettelegge for søvn og hvile, da dette også kan ha positiv effekt for pasienten.

Opgaven viser at sykepleier kan hjelpe pasienten med en helhetlig pleie gjennom grunnleggende sykepleie, aktiv rehabilitering og en støttende og koordinerende funksjon innen rehabilitering av slagrammede.

REFERANSER

- Aveyard, H. (2019) Doing a literature review in health and social care – a practical guide (4.utg.). London: Open University Press.
- Bastøe, L. K. H. & Frantsen, A-M. (2014). Behovet for søvn og hvile. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, N. & Skaug, E-A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 2* (2. utg., s. 301-324). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bertelsen, A. K. (2016) Sykepleie i nervesystemet. I Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (Red.) *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 321-343). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Boge, M. H. (2020) Samhandlingsreformen og rehabilitering. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (Red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg., s. 13-110). Bergen: Fagbokforlaget
- Chouliara, N., Fisher, R., Crosbie, B., Guo, B., Sprigg, N. & Walker, M. (2019). How do patients spend their time in stroke rehabilitation units in England? The REVIHR study. *Disability and Rehabilitation*, 43(16), 2312-2319.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1697764>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (DBH) (u.å.). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. I *Kanalregister*. Fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Eiding, H. (2019) Hjerneslag. I Haugen, J. E. (Red.) *Akuttmedisin – utenfor sykehus* (4. utg., s. 147-156). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
<https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hans Majestet Kong Harald V. (2021, 31. desember). *Kongens nyttårstale 2021*. Kongehuset.no <https://www.kongehuset.no/tale.html?tid=200479&sek=26947&scope=0>
- Haraldstad, A-M. B. & Christophersen, E. (2008). Litteratursøk og personlige referansedatabaser. I Laake, P., Olsen, B. R. & Benestad, H.B. (Red.) *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., s. 147-186). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket (2021, 17. september). Kunnskapsbasertpraksis.no. I *Helsebiblioteket*. Fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>

- Helsedirektoratet (2017, 21. desember). Hjerneslag. I *Helsedirektoratet*. Fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>
- Kidd, L., Lawrence, M., Booth, J., Rowat, A. & Russell, S. (2015). Development and evaluation of a nurse-led, tailored stroke self-management intervention. *BMC Health Services Research*, 15(359). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1021-y>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016) Hva er sykepleie? I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Li, N., Wang, J., Zheng, M. & Ge, Q. (2021). Application Value of Rehabilitation Nursing in Patients with Stroke Base don the Theory of Interactive Standard: A Randomized Controlled Study. *Hindawi*, 2021, Artikkel 9452765. <https://doi.org/10.1155/2021/9452765>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.) *Klinisk sykepleie bind 1* (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Port, I., Valkenet, K., Schuurmans, M. & Visser-Meily, J. (2012). How to increase activity level in the acute phase after stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23-24), 3574-3578. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04249.x>
- Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebo, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Slettebø, Å. (2016) Forskningsetikk. I Brinchmann, B. S. (Red.) *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 241-257). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vermeulen, C. J. A. H. R., Buijck, B. I., van der Stegen, J. C. G. H., van Eijk, M. S., Koopmans, R. T. C. M. & Hafsteinsdóttir, T. B. (2013). Time Use of Stroke Patients with Stroke Admitted for Rehabilitation in Skilled Nursing Facilities. *Rehabilitation Nursing*, 38(6), 297-305. <https://doi.org/10.1002/rnj.79>
- Wang, J., Zhang, Y., Chen, Y., Li, M., Yang, H., Chen, J., Tang, Q. & Jin, J. (2021). Effectiveness of Rehabilitation Nursing versus Usual Therapist-Led Treatment in Patients with Acute Ischemic Stroke: A Randomized Non-Inferiority Trial. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 1173-1184. <https://doi.org/10.2147/CIA.S306255>
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. (2017) Sykepleie ved hjerneslag. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. og Almås, H. (Red.) *Klinisk sykepleie bind 2* (5. utg., s. 303-328). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Xie, R., Chen, Y., Chen, K. & Chen, Z. (2021). Intervention Effect of Rapid Rehabilitation Nursing Combined with Continuous Nursing after Discharge on Patients with Cerebral Infarction in Recovery Period and the Changes in Motor Function, Mental State, and Quality of Life. *Hindawi*, 2021, Artikkel 8065868. <https://doi.org/10.1155/2021/8065868>

VEDLEGG

VEDLEGG 1: SØKEHISTORIKK

Søkeord	Dato	Database	Evt. avgrensning	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
"Stroke rehabilitation" OR "Ischemic stroke" OR "Stroke patients" AND "Nursing interventions" AND "Mobilisation"	27.01.23	CHINAL Complete		3	3	2	Port, I., Valkenet, K., Schuurmans, M. & Visser-Meily, J. (2012)
"Nursing role" OR "Rehabilitation nursing" OR "Ischemic stroke" OR "Hemorrhagic stroke" OR "Stroke patients" AND "Stroke patients" OR "Stroke units" AND "Job Re-entry"	27.01.23	CHINAL Complete	Peer reviewed. Asia, Australia & New Zealand, Canada, Europe, UK & Ireland, USA Age groups: 19-44 & 45-64	23	10	0	
"Stroke units" OR "Stroke patients" AND "Quality of life" AND "Nursing role" OR "Nursing rehabilitation" OR "Ischemic stroke" OR "Hemorrhagic stroke"	10.03.23	CHINAL Complete	Peer reviewed. Asia, Australia & New Zealand, Canada, Europe, UK & Ireland, USA Age groups: 19-44 & 45-64	15	12	8	Li, N., Wang, J., Zheng, M. & Ge, Q. (2021) Xie, R., Chen, Y., Chen, K. & Chen, Z. (2021)
"Nurs*" AND "Rehabilitation" AND "Stroke" OR "Ischemic stroke" OR "Hemorrhagic stroke"	20.04.23	CHINAL Complete	Peer reviewed. Europe	90	8	4	Chouliara, N., Fisher, R., Crosbie, B., Guo, B., Sprigg, N. & Walker, M. (2019)

OR "Stroke units" OR "Stroke patients"			Age groups: 19-44 & 45-64				
"Nurs*" AND "Rehabilitation" AND "Stroke" OR "Ischemic stroke" OR "Hemorrhagic stroke" OR "Stroke units" OR "Stroke patients"	02.05.23	MEDLINE	Peer reviewed. Age groups: 19-44 & 45-64	1055	15	4	Kidd, L., Lawrence, M., Booth, J., Rowat, A. & Russell, S. (2015) Vermeulen, C. J. A. H. R., Buijck, B. I., van der Stegen, J. C. G. H., van Eijk, M. S., Koopmans, R. T. C. M. & Hafsteinsdóttir, T. B. (2013) Wang, J., Zhang, Y., Chen, Y., Li, M., Yang, H., Chen, J., Tang, Q. & Jin, J. (2021)

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN KVALITATIV STUDIE

HVORDAN BRUKES SJEKKLISTEN?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

OM SJEKKLISTEN

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

KRITISK VURDERING AV:

Port, I., Valkenet, K., Schuurmans, M. & Visser-Meily, J. (2012). How to increase activity level in the acute phase after stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23-24), 3574-3578. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04249.x>

DEL A: INNLEDENDE VURDERING

1. ER FORMÅLET MED STUDIEN KLART FORMULERT?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar: I denne kvalitative studien ønsket forskerne å finne svar på hvordan man kan øke aktivitetsnivået i den akutte fasen etter et slag. De ønsket å finne svar på dette ettersom tidligere studier har vist at pasienter med slag i akutfasen er mest inaktive. Tidlig mobilisering og økt aktivitetsnivå er i flere av retningslinjene til behandling av slag, men å innføre denne standarden har vist utfordringer med tidsbruken.

2. ER KVALITATIV METODE HENSIKTMESSIG FOR Å FÅ SVAR PÅ PROBLEMSTILLINGEN?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar: Hensikten med denne studien var å observere hvordan pasienter med slag i akutfasen tilbrakte dagen for å avgjøre om aktivitetsnivået til pasienter etter implementeringen av en retningslinje for å øke aktivitetsnivået.

3. ER UTFORMINGEN AV STUDIEN HENSIKTMESSIG FOR Å FINNE SVAR PÅ PROBLEMSTILLINGEN?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar: Gjennomførselen av denne studien ble gjort ved at de delte deltakerne inn i to grupper, hvor den ene gruppen fikk behandling slik behandlingssenteret gjennomførte fra før av. Den andre gruppen fikk mer rehabilitering basert på retningslinjene, med flere øvelser pasienten skulle gjennomføre enten sammen med sykepleier, alene eller sammen med familien for å være mer aktiv.

4. ER UTVALGSSTRATEGIEN HENSIKTMESSIG FOR Å BESVARE PROBLEMSTILLINGEN?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar: Studien inkluderte begge kjønn og hadde totalt 66 deltakere. Inklusjonskriteriene var at pasientene hadde nylig hatt et slag og var innlagt på rehabiliteringsavdelingen studien ble gjennomført på, og pasientene måtte være over 18 år.

5. BLE DATAENE SAMLET INN PÅ EN SLIK MÅTE AT PROBLEMSTILLINGEN BLE BESVART?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar: Studien foregikk på dagtid mellom kl. 08:00 til 16:30, og observasjonene ble bare gjennomført på ukedager. Pasientene ble observert i 1 minutt i en 10 minutters intervall. Studien var bare interessert i å vite hvor pasienten befant seg i løpet av studien, personer som var involvert i pasientens dag, og hva slags aktiviteter som ble gjort. Pasientene ble bare observert når de var på avdelingen, de ble ikke observert når de var på badet eller toalettet, når de hadde forlatt avdelingen eller når de var på en privat plass.

6. BLE DET GJORT REDE FOR BAKGRUNNSFORHOLD SOM KAN HA PÅVIRKET FORTOLKNINGEN AV DATA?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar: For å skape et trygt miljø blant pasientene og observatørene, ble alle informert om hva studien gikk ut på og hva som skulle bli observert. Studien tok også for seg at pasientene ikke ble observert når de ikke var tilgjengelig som nevnt under punkt 5.

7. ER ETISKE FORHOLD VURDERT?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar: Det kommer tydelig frem i studien at den er godkjent av en etisk komité. Pasientene som deltok i observasjonene fikk informasjon om hva som ble observert og hvorfor det var fokus på dette.

8. GÅR DET KLART FREM HVORDAN ANALYSEN BLE GJENNOMFØRT? ER FORTOLKNINGEN AV DATA FORSTÅELIG, TYDELIG OG RIMELIG?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar: Analysen ble gjennomført ved å benytte seg av et program, funnene ble lagt inn i en tabell og så fikk de ut prosent forskjell mellom de to gruppene. Kategoriene var delt inn i; total tid pasienter brukte på et bestemt sted, om de var sammen med noen eller alene, samt om de gjorde en bestemt aktivitet eller ikke. Resultatet ble presentert i en oversiktlig tabell hvor de delte inn i prosent forskjeller på gruppene.

5.4.1 BASERT PÅ SVARENE DINE PÅ PUNKT 1–8 OVER, MENER DU AT RESULTATENE FRA DENNE STUDIEN ER TIL Å STOLE PÅ?

Ja – **Nei** – **Uklart**

DEL B: HVA ER RESULTATENE?

9. ER FUNNENE KLART PRESENTERT?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar: Studien er bygd på en slik måte at det er enkelt for lesere å henge med. De har med hjelp fra tabellene gått gjennom funnene fra observasjons studien og forklart dette opp mot problemstillingen og viktigheten for funksjonsnivået til pasienter etter utskrivelsen og endt rehabilitering.

DEL C: KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I PRAKSIS?

10. HVOR NYTTIGE ER FUNNENE FRA DENNE STUDIEN?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: Denne studien er nyttig for å vite hvordan sykepleier kan være med å aktivisere pasienter under rehabilitering for å bedre funksjonsnivået etter endt rehabilitering. Ved å lese denne artikkelen får man en innsikt på hvordan pasienter bruker tiden under rehabilitering, og hvor involvert helsepersonell er i dagen til pasienter rammet av slag.

