

Tobias Flasnes
Stein-Ove Auset

Betydningen av spørsmålet: Hvordan har du det?

Oppfølging av psykisk helse etter hjerneslag

Bacheloroppgave i Bachelor i ergoterapi

Veileder: Eli Langørgen

April 2024

Tobias Flasnes
Stein-Ove Auset

Betydningen av spørsmålet: Hvordan har du det?

Oppfølging av psykisk helse etter hjerneslag

Bacheloroppgave i Bachelor i ergoterapi
Veileder: Eli Langørgen
April 2024

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



Kunnskap for en bedre verden

Fakultet for medisn- og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

ETT2900 Bacheloroppgave i ergoterapi

Betydningen av spørsmålet: Hvordan har du det?
Oppfølging av psykisk helse etter hjerneslag

The meaning of the question: How are you?
Follow-up care for mental health after a stroke

Navn: Tobias Flasnes og Stein-Ove Auset
Antall ord: 8704

Annen informasjon:

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.
Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

Sammendrag

Bakgrunn:

Psykisk helse er en viktig del av mennesket. I rehabiliteringsfeltet handler det om oppfølging av pasienten. Mange hjerneslagrammede opplever mangelfull ivaretagelse av psykisk helse etter et hjerneslag. Studier og personlige erfaringer tyder på at fokusområdet ligger på kognitiv og fysisk funksjon, og i mindre grad på psykisk helse.

Formål:

Studien søker å belyse hvilke faktorer hjerneslagrammede opplever som viktig for å ivareta psykisk helse. Vi ønsker å finne svar på hvordan man kan leve med god psykisk helse etter et hjerneslag.

Metode:

Studien har et kvalitativt design. Innsamlet informasjon er fra tre semistrukturerte intervju, med tidligere hjerneslagpasienter på rehabiliteringsinstitusjon. Analysen er inspirert ut fra induktiv innholdsanalyse.

Funn:

Det empiriske materialet er delt inn i tre kategorier: **Psykisk helse-oppfølging sammen med kognitiv og fysisk opptrening**, som handler om hvordan tidligere hjerneslagpasienter opplever å bli fulgt opp i rehabiliteringsinstitusjon. **Viktigheten med ivaretagelse av psykisk helse**, handler om hvilke faktorer personene opplever som viktig for å ivareta psykisk helse. **Informantenes foreslåtte endringer**, handler om hva personene opplever som mangelfullt med tanke på psykisk helse-oppfølging, og hva som kunne blitt gjort annerledes for å følge opp psykisk helse bedre.

Konklusjon:

Studien tar utgangspunkt i meningene til tre slagrammede som har vært i rehabiliteringsinstitusjoner etter hjerneslaget. Personene som er intervjuet er fornøyde med den fysiske og kognitive oppfølging i tidlig og senfase etter hjerneslaget, men de opplever mangel på ivaretagelse av psykisk helse-oppfølging. Studiens resultater antyder at helsevesenet burde øke sin bevissthet rundt psykisk helse. Studien viser utilstrekkelig psykisk helse-oppfølging under rehabiliteringen. Denne studien er imidlertid begrenset, da vi kun har intervjuet tre personer.

Nøkkelord: Hjerneslag, rehabilitering, psykisk helse, aktivitet og deltagelse.

Forord

Denne studien handler om hvordan slagrammede opplever ivaretagelse av psykisk helse etter hjerne-neslaget. Gjennom ergoterapistudiet har vi hørt at den psykiske og fysiske funksjonen henger tett sammen. Videre har vi også hørt at den psykiske helsen ikke blir prioritert på samme nivå som fysisk funksjon, spesielt i rehabiliteringsfaser. Det kom derfor i vår interesse å forske på hvordan psykisk helse blir fulgt opp.

Denne studien har vært spennende og lærerikt for oss begge. Vi har i løpet av perioden tilegnet oss ny kunnskap, og har børstet støvet av "gammel" kunnskap vi har lært tidligere i studiet. Prosessen med intervju har vært spennende, både selve intervjuene og å bli kjent med informantene.

Vi vil takke Eli Langørgen for god veiledning. Vi har fått mye nytte av dine kunnskaper og konstruktive tilbakemeldinger, som har hjulpet oss i riktig retning. Vi takker for at du har brukt av din tid for å hjelpe oss med studien. Du har vært grundig, og fått oss til å se på både detaljer og helheten av studien. Vi har kjent motivasjon etter veiledninger med deg, og takker deg for et godt samarbeid.

Vi vil også takke hverandre for godt utført samarbeid. Vi har fordelt arbeidet godt, og er fornøyd med gruppearbeidet.

Til slutt ønsker vi å takke våre informanter. Uten dere hadde ikke studien vært mulig å gjennomføre. Takk for deres bidrag med refleksjoner, kunnskaper og erfaringer.

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1 Innledning.....	5
1.1 Tidligere forskning	6
1.2 Problemstilling	7
1.3 Begrepsavklaring.....	8
1.4 Faglig forankring.....	8
1.5 Teori.....	9
Kapittel 2 Metode	11
2.1 Valg av metode	11
2.2 Informanter.....	11
2.3 Forberedelse og gjennomføring av intervju.....	12
2.4 Etske betraktninger.....	12
2.5 Analyse	13
Kapittel 3 Resultat.....	14
3.1 Psykisk helse-oppfølging sammen med kognitiv og fysisk opptrening	14
3.2 Viktigheten med ivaretagelse av psykisk helse	15
3.3 Informantenes foreslåtte endringer	16
Kapittel 4 Diskusjon.....	17
4.1 Hva har betydning for god psykisk helse	17
4.2 Mulige endringer.....	20
4.3 Metoderefleksjoner.....	21
4.4 Konklusjon.....	22
4.5 Implikasjoner for praksis.....	23
Kapittel 5 Referanseliste	24
Kapittel 6 Vedlegg.....	28
6.1 Vedlegg 1 Intervjuguide.....	28

Kapittel 1 Innledning

Omtrent 12 000 personer i Norge rammes hvert år av hjerneslag, som tilsvarer omtrent 35 personer hver dag (LHL, u.å.). Et viktig tema angående dette er økonomi i samfunnet: Hjerneslag står for $\frac{3}{4}$ av samfunnets samlede bruk av helseutgifter til pasienter i vestlige land. Et enkelt norsk hjerneslag medførte kostnader på omtrent 600 000 kroner i 2015 (NOU 2015: 17, kap. 13). Funksjonstap ved fysiske og kognitive ferdigheter, samt psykiske vansker er vanlig etter hjerneslag (Østergaard et al., 2019; McCurley et al., 2019). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1 a), står det beskrevet at alle mennesker har rett på helsehjelp etter hjerneslag. Rehabiliteringen av personer med ervervet hjerneskade deles opp i fire faser. De to første fasene handler om den akutte behandlingen, og rehabiliteringen i startfasen. De to siste fasene handler om rehabilitering etter utskrivelse og den stabile vedholdende fase (Østergaard et al., 2019, s. 299). Personer som er forbi disse fasene får tilbud om oppfølging ved hjelp av hjemmehjelp om nødvendig (Helsedirektoratet, 2017).

Forskning antyder at den psykiske helsen ikke blir prioritert i rehabilitering, på grunn av begrenset tid og forventninger knyttet til fysisk restitusjon (Simpson et al., 2018, s. 181). Selv om profesjonsutøvere har et ansvar for å ivareta pasienters psykiske helse, er det som regel hektisk på slagenheter. Tid blir da en barriere for helhetlig behandling. Folk er forskjellige, og det er ikke alltid profesjonsutøvere ser om noen trenger ekstra psykisk støtte. Pasienter som har hatt hjerneslag klarer kanskje ikke å uttrykke seg slik som de ønsker for å fortelle at de trenger ekstra støtte psykisk (Simpson et al., 2018, s.182). Derfor er det viktig at helsepersonell husker å spørre hvordan de har det, og dermed setter søkelys på psykisk helse. I studien har vi undersøkt hva som er viktig for å ivareta den psykiske helsen til personer som har gjennomgått et hjerneslag. Vi har valgt dette temaet fordi vi mener psykisk helse er et viktig tema i rehabilitering, i tillegg til det fysiske og kognitive. Det er samfunnsaktuelt og viktig å diskutere og sette lys på den psykiske helsen. Derfor har vi i denne studien utforsket hvordan enkeltpersoner opplever temaet og hva som kunne blitt gjort annerledes. Temaet er relevant fordi depresjon og angst er vanlig og starter kort tid etter hjerneslag. Depresjon er noe som kan påvirke pasienter på lang sikt (Ayerbe et al., 2014).

Vi har hatt fokus på aktivitetsidentitet og DBBB (Doing, being, becoming og belonging) i studien (Taylor, 2017; Kristensen et al., 2017). Aktivitetidentitet handler kort om hvilke aktiviteter man deltar på, hva man interesserer seg for, og hvilke roller man har i livet (Heras de Pablo et al., 2017, s. 167). Kort forklart handler DBBB om hva man gjør og hvem man er, hvilke ressurser man har og hvilke aktiviteter man ønsker å gjøre, og opplevelse av tilhørighet (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017, s. 63). Disse teoriene sier noe om hvem man har vært som person tidligere i forhold til etter skade. Vi kommer nærmere inn på dette senere i studien. Ergoterapeuter er opptatt av temaet, da de muliggjør deltagelse ved å tilrettelegge aktiviteter og omgivelsene rundt mennesket (Peoples et al., 2019,

s. 25). Dette fører til mestring av hverdagen, og her har ergoterapeuter mye å bidra med (Simpson et al., 2018; Ergoterapeutene, u.å).

1.1 Tidligere forskning

Som vi har sett på innledningsvis er det flere komplekse årsaker som gjør det utfordrende for helsepersonell å møte andres psykiske helsebehov i slagrehabilitering. Flere pasienter er misfornøyde med den psykiske helsehjelpen, da fokuset blir mer på å rehabilitere de fysiske og kognitive funksjonene etter et hjerneslag. Oppfølgingen av psykisk helse kan bli nedprioritert, selv om yrkesutøverne sannsynligvis har kunnskap om at psykisk og fysisk helse påvirker hverandre (Melton et al., 2017, s. 474). Det er anerkjent at psykisk helsefremmende arbeid er verdifullt innen rehabilitering av slagpasienter, likevel blir psykisk helse kanskje ikke prioritert slik det burde (Simpson et al., 2018, s. 186-187).

Forskning viser noen utfordringer knyttet til psykisk helse etter hjerneslag (McCurley et al., 2019). Utfordringene handler om bekymring for fremtiden med tanke på helse, frykt for tilbakevendende slag, negative følelser, tristhet og identitets- og rolleendringer etter hjerneslag. Resultatene viser at pasienter hadde panikkanfall på natten, og følte seg "på kanten". På den andre siden løfter McCurley et al. (2019) fram noen faktorer som kan virke positivt på pasientene: Ved å fokusere på hva som skjer her og nå, fokus på problemløsning, takknemlighet, optimisme, hobby og egenomsorg. Videre er faktorer som mellommenneskelige relasjoner og å ha et støtteapparat rundt seg bestående av helsepersonell, venner og familie viktig for å optimalisere rehabiliteringen. Denne forskningen viser til at det er mange pasienter og pårørende som sliter psykisk med depresjon, angst og PTSD (posttraumatisk stresslidelse) (McCurley et al., 2019, s. 582). Forskningen viser viktigheten av å identifisere psykisk uhelse tidlig i rehabiliteringsprosessen, for å forebygge psykiske utfordringer. Den viser til viktigheten av å ha søkelyset på psykisk helse tidlig i behandlingsforløp for å forhindre kroniske tilstander. Forskningen viser at pasienter får hjelp i form av samtale med helsepersonell, men at det oppstår for sent i behandlingen. Forskningen indikerer at det er viktig med psykisk helsebehandling ved slagenhet (McCurley et al., 2018, s. 582).

En annen forskningsartikkel som vi vil trekke fram, går i tråd med det vi har vært inne på tidligere (Hildebrand, 2015). Forskningen viser til at så mye som 50% av dem som gjennomgår hjerneslag kan oppleve utfordringer med psykisk helse. Ifølge Hildebrand (2015), er depresjon den vanligste psykiske utfordringen etter hjerneslag. Mellom 35-50% av de som overlever slag utvikler depresjon. I tillegg til utfordringene vi har sett på tidligere, viser forskningen atferd- og personlighetsendringer som følge av hjerneslag. Ergoterapeuter har kunnskaper i å behandle og vurdere fysiske og psykologiske funksjonsnedsettelse. Det er derfor et essensielt praksisområde for ergoterapeuter å jobbe

med intervensjoner med slagrammede i flere sammenhenger. Ergoterapeuter skal kunne behandle og vurdere psykiske utfordringer, slik at pasienter ved rehabilitering kan oppnå bedre ytelse av rehabiliteringstilbudet (Hildebrand, 2015).

Forforståelse

Vi har begge vært i praksis innen rehabilitering for hjerneslag gjennom ergoterapiutdanningen, og har gjort oss noen erfaringer og tanker rundt temaet. Vi har forståelse for at en traumatisk omveltning i livet, slik som et hjerneslag, påvirker mange aspekter i en person sitt liv. Bekymringer om tilstand og fremtiden er noe som vi tenker er normalt for en person å oppleve i en slik situasjon. Aktivitetene vil kanskje endres da den fysiske, kognitive og psykiske helsen ofte forandrer seg. Vi tenker derfor at en person som opplever en slik omveltning, har ulike behov for de fysiske og kognitive ferdighetene, og den psykiske helsen. Det er behov for å finne mer ut av hvordan den psykiske helsen blir ivaretatt hos personer som har gjennomgått hjerneslag. Hva er viktig for å fremme god psykisk helse? Vi ønsker derfor å utforske hvordan mennesker som selv har vært utsatt for hjerneslag har opplevd ivaretagelse av deres psykiske helse. Hva er viktig etter en slik traumatisk "omveltning" i livet? Hvordan blir pasienter møtt av helsevesenet med tanke på psykisk helse etter hjerneslag? Dette er spørsmål vi ønsker å finne svar på i studien.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen for studien er:

"Hva mener tidligere slagpasienter er viktig for å ivareta god psykisk helse etter et hjerneslag?"

Hensikten med studien er å undersøke hva som er viktig for å ivareta god psykisk helse, ifølge personer som har gjennomgått et hjerneslag. Vi har valgt å se på denne problemstillingen, da vi ble interessert i å finne ut av hvordan hjerneslagrammede forholder seg til temaet, og hva de mener er viktig for å ivareta en god psykisk helse. Målet er å få informasjon fra personer vi har intervjuet. Vi ønsker å ta utgangspunkt i deres erfaringer, opplevelser og kunnskaper rundt temaet.

1.3 Begrepsavklaring

Psykisk helse

Hvert enkelt menneske har en psykisk helse. Den psykiske helsen handler om de følelsene og tankene man har om seg selv, og hvordan man egentlig har det med seg selv i hverdagen. Den fysiske helsen handler om det kroppslige og hvilken tilstand den er i. Både den psykiske og fysiske helsen påvirker hverandre og hverdagen til en person (Melton et al., 2017, s. 471-474). Psykisk helse blir påvirket etter en omveltning i livet, der man kan oppleve å få blant annet ulike følelser, nedstemthet og kjenne på bekymring for fremtiden. Graden av disse følelsene kan være med å virke inn på den psykiske helsen, både positivt og negativt (McCurley et al., 2019).

1.4 Faglig forankring

Som nevnt innledningsvis er ergoterapeuter kvalifisert til å håndtere psykisk helse etter hjerneslag (Hildebrand, 2015; Simpson et al., 2018). Ergoterapeuter bistår hjerneslagpasienter med å gjennomføre sine meningsfulle aktiviteter i hverdagen. Disse aktivitetene fører til økte ferdigheter i utførelsen, som igjen fører til tilfredshet og ønsket måloppnåelse (Lim et al., 2022, s. 276-278). Ergoterapeuter jobber ut fra en "true top down evaluation approach", som vil si at terapeuten innhenter informasjon som er nødvendig for å bli kjent med personens styrker og bekymringer rundt aktivitet. Deretter finner ergoterapeuten og personen ut hvilke aktiviteter de vil prioritere for å øke tilfredsheten med aktivitet og deltagelse i hverdagen. Videre observerer og evaluerer terapeuten de ulike kvalitetene personen viser i gjennomførelse av de aktivitetene. Da observerer terapeuten hva som påvirker personens aktivitet og deltagelse av de ulike faktorene. Terapeuten evaluerer kroppsfunksjonen, omgivelsernes faktorer og andre faktorer å kartlegge. Ved å benytte true top down tilnærming blir personen, aktivitet og deltagelse i sentrum, i stedet for å fokusere på utfordringene hos personen (Fisher & Marterella, 2019, s. 40-46). Brukermedvirkning er en viktig del av prosessen, og det står sentralt at terapeuten og pasienten sammen ser på hva som er observert av terapeuten, og hva pasienten selv opplever (Fisher & Marterella, 2019, s. 49-50).

Hjerneslag er en omveltning i et menneskes liv, og de som opplever det, erfarer ofte at de trenger tilrettelegging i hverdagen (Tuntland, 2011, s. 29). Ergoterapeuter har mye å bidra med, ved å muliggjøre aktivitet og deltagelse om dette skjer (Peoples et al., 2019, s. 25). Roller endrer seg, ved at personen ikke nødvendigvis kan gjøre de samme aktivitetene etter skaden. For eksempel en mor som alltid har laget middag til hele familien før hjerneslaget inntraff, klarer kanskje ikke det lenger da hun bruker for lang tid og ikke mestrer aktiviteten like godt som før. Da må hun lære nye ferdigheter, vaner og rutiner (Heras de Pablo et al., 2017, s. 288-289; Lee & Kielhofner, 2017, s.102-103). Her

kan ergoterapeuter bidra med sin kompetanse om samspillet mellom person, omgivelser, aktivitet og deltagelse (Heras de Pablo et al., 2017, s. 286-287; Ergoterapeutene, u.å).

1.5 Teori

I dette kapittelet vil vi legge vekt på DBBB (Doing, being, becoming og belonging) og aktivitetsidentitet. Videre skal vi se litt på aktivitetskompetanse, aktivitetsadaptasjon og omgivelser påvirkning (Kristensen et al., 2017; Taylor, 2017).

DBBB

Det er relevant for oss å trekke fram *Doing, being, becoming og belonging*, og viktigheten av disse dimensjonene for å leve et balansert og sunt liv. *Doing* som betyr å gjøre- eller ikke gjøre er en faktor som spiller en rolle i hvordan man har det. Ved å påvirke *doing* kan man påvirke psykisk helse. For eksempel jobb, fritid og utdanning skaper sosial interaksjon og utvikler identitet. *Being* som er et produkt av *doing*, handler om å eksistere, tenke og reflektere. I denne dimensjonen er tanker om egen livssituasjon sentral. Å være i en aktivitet der man kjenner på tilfredsstillelse og lykke, skaper videre sunnhet og velvære. *Becoming* handler om forandring, vekst og utvikling. Personers ressurser er sentral i denne dimensjonen, da det handler om å utnytte sitt potensial. Menneskers liv formes best mulig gjennom deres handlinger, og det fører til et sunt liv. *Belonging* handler om relasjoner og interaksjon med andre, og å være en del av noe større enn seg selv (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017, s. 63).

Ved en slik omveltning i livet som hjerneslag er, vurderer vi det relevant å implementere DBBB som teori. Disse dimensjonene vil påvirkes etter skade. *Doing* kan bli påvirket ved at utførelsen av aktiviteter endrer seg, ved at man kan bli begrenset i aktivitet og deltagelse i hverdagen. *Being* kan bli påvirket ved at identitet, tanker, følelser og opplevelser kan bli endret. *Becoming* kan bli påvirket ved at bekymring for fremtiden inntreffer, og at man ser sine begrensninger. Den siste dimensjonen i teorien, *Belonging* kan påvirkes ved at personer blir begrenset i for eksempel sosiale aktiviteter og lignende på grunn av sine begrensninger (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017, s. 63-65).

Ved hjelp av DBBB har ergoterapeuter et stort arbeidsområde. Ergoterapeuter kan ved *doing* hjelpe personer med å gjenoppta eller forbedre forskjellige aktiviteter. Med *being* kan ergoterapeuter styrke selvtillit og selvfølelse gjennom aktiviteter. Ved *becoming* kan ergoterapeuter sammen med personen sette mål, hjelpe med å utvikle ferdigheter og nå ønskede mål gjennom meningsfull aktivitet. Med *belonging* kan ergoterapeuter bidra til å styrke sosiale ferdigheter og relasjoner slik at personer får følelse og opplevelse av tilhørighet (Lindahl-Jacobsen & jessen-Winge, 2017, s.63-65; Peoples et al., 2019, s. 25-26).

Aktivitetsidentitet, aktivitetskompetanse, aktivitetsadaptasjon og omgivers påvirkning

Aktivitetsidentitet defineres som en sammensatt følelse av hvem man er, og hvem man ønsker å være som aktivitetsvesen. Vilje, vaner, erfaringer og roller i samfunnet fører til aktivitetsidentitet. Gjennom ulike aktiviteter en person engasjerer seg i, påvirkes selvoppfattelse og identitet (Mærsk, 2017, s. 97). Ved de aktivitetene som oppleves meningsfulle, skapes en aktivitetsidentitet, og kan derfra bidra til å beskrive deg som person. Aktivitetsidentiteten kan vi påvirke til en viss grad, gjennom ulike aktiviteter vi deltar på i hverdagen. Den påvirkes gjennom de aktivitetene i hverdagen som er nødvendige å gjennomføre (Heras de Pablo et al., 2017, s. 167-168).

En aktivitetsidentitet bestemmes gjennom selvkonsept og personlige mål og ønsker. Hva man ønsker å oppnå gjennom ulike aktiviteter, og opprettholdelse av et fast aktivitetsmønster som er nødvendige. Ved deltakelse i meningsfulle aktiviteter utvikles aktivitetsidentiteten gradvis. En aktivitetsidentitet dannes gjennom valg av aktiviteter og påvirkes av omgivelsene, personens alder og ferdigheter (Heras de Pablo et al., 2017, s. 167-168). Aktivitetskompetanse handler om oppfyllelsen av forventningene til sine roller, og holde på rutinemessige vaner, som for eksempel jobb eller fritidsaktivitet. Å delta i aktiviteter som gir mestringfølelse, kontroll og tilfredsstillende henger tett sammen med aktivitetskompetanse. Det handler om en "drive" for å nå resultater i livet. Ved å ha en positiv aktivitetsidentitet og aktivitetskompetanse i samspill med personlige faktorer og omgivelsenes påvirkning, oppstår det en aktivitetsadaptasjon. Muligheter og begrensninger påvirkes av omgivelser slik som sosiale, fysiske, kulturelle, økonomiske og politiske forhold (Heras de Pablo et al., 2017, s. 166-169). Omgivelsene kan fremme eller begrense deltagelse i hverdagslivet. Det er en dynamisk forbindelse mellom omgivelsene og personen. Omgivelsene blir påvirket av personen, men personen blir også påvirket av omgivelsene. Endring i omgivelsene kan bli en viktig faktor til forandring (Fisher et al., 2017, s. 137).

Som tidligere forklart, endres aktivitetsidentiteten gjennom hvilke aktiviteter vi deltar på, omgivelsene, målene man setter seg og flere faktorer (Heras de Pablo et al., 2017, s. 167-168). Med internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) (Tuntland, 2011, s. 40- 43), ser vi hvordan ulike faktorer rundt mennesket påvirker hverandre. Dermed kan vi forklare at når det da skjer en omveltning i livet til personer som har levd et "normalt" liv tidligere, endres aktivitetsidentiteten deres drastisk. Ønsket om å delta på kjente og meningsfulle aktiviteter er som regel sterkt, selv etter skade. Men muligheten til å delta på disse aktivitetene kan være utfordrende for enkelte. Med ulike funksjonsutfall etter skaden endres en del faktorer rundt mennesket. Ved en omveltning i livet, må nye mål formes på grunn av endringene. Mengden med deltakelse i sosiale og fysiske aktiviteter endres sannsynlig, og omgivelsene må endres slik at man kan ha muligheten til å delta i aktiviteter. Alt dette fører til en endring hos mennesket og skaper en barriere for aktivitetsidentiteten (Tuntland, 2011, s. 40- 43; Melton et al., 2017, s. 474-475).

Kapittel 2 Metode

2.1 Valg av metode

Vi har valgt en kvalitativ tilnærming som metode for å generere empiri. Intervju var mest hensiktsmessig for innhenting av informasjonen vi søkte etter (Jacobsen, 2022, s. 162-163). Vi ønsket gjennom intervjuene å få tak i informantenes opplevelser, erfaringer og kunnskaper rundt temaet. Det gjorde vi gjennom å stille spørsmål som skaper refleksjon og innsikt for både intervjuere og informanter, og for å motta dybdeinformasjon (Sverdrup, 2021, s. 57-59). Vi vurderte at denne metoden er den riktige for oss å benytte for å få svar på problemstillingen i henhold til vår studie.

Semistrukturerte intervju

For å belyse temaet gjennomførte vi flere semistrukturert intervju. Ved at vi gjennomførte semistrukturerte intervju tillot vi oss at strukturen på intervjuet var åpen, for at informantene kunne reflektere høyt og fritt. For at intervjuguiden skulle være semistrukturert, formulerte vi ikke forhåndsdefinerte svaralternativer, men i stedet utformet vi åpne svaralternativer, som skaper refleksjoner. Ved at vi gjorde dette, brukte vi en strategi som hjalp oss å få tak i informasjonen vi ønsket, ved at de fortalte fritt om de aktuelle temaene (Sverdrup, 2021, s. 62).

2.2 Informanter

I studien hadde vi noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det var viktig for oss å sikre at informantene hadde et avklart forhold til sin livssituasjon, og at de hadde god kognitiv funksjon. Disse faktorene ble kriterier for oss da vi skulle velge informanter. Vi tenker det er viktig både for at det kan være et sårt tema, men også for at informantene skal bli ivaretatt på best mulig måte. Når det kommer til kognitiv funksjon, er kriteriene viktig for å få troverdige svar i intervjuene.

For å finne informanter snakket vi med en person som ble en "døråpner" for oss. Personen har et nettverk blant brukerguppen, og ved å kontakte vedkommende fikk vi aktuelle informanter som vi kunne kontakte på telefon. Alle informantene var aktuelle i studien da ingen ga utslag på eksklusjonskriteriene vi hadde bestemt.

Informantene besto av tre kvinner i aldersspennet 40 til 70 år. Alle informantene har tidligere levd et aktivt og sosialt liv. De hadde alle vært igjennom et hjerneslag for noen år siden.

2.3 Forberedelse og gjennomføring av intervju

Som nevnt tidligere lagde vi en semistrukturert intervjuguide. Vi valgte denne strukturen for å få dypere innsikt i problemstillingen (Jacobsen, 2022). For å få et godt innblikk, ville vi stille åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål (Sverdrup, 2021, s. 66-67). Vi ville få svar på om informantene følte et endringsbehov for at helsevesenet kan hjelpe brukergruppen på en bedre måte. For å være godt forberedt og rustet til intervjuene fulgte vi intervjuguiden (Jacobsen, 2022). Se vedlegg 1.

Vi valgte å intervju mennesker som selv har gjennomgått et hjerneslag. Intervjuene ville gi innsikt i, og finne ut av hva som ivaretar god psykisk helse hos personer som har gjennomgått dette. Videre kontaktet vi personene, avtalte og informerte om intervjuet. Første intervju var over en telefonsamtale. De to andre var fysisk oppmøte hjemme hos informantene. Tidsbruken på de ulike intervjuene varierte. Tidsspennet var fra 40 minutter til over 60 minutter. Hvor de lengste intervjuene var hjemme hos informantene. Vi hadde fleksible roller, ved at begge kunne delta som intervjuere, men at den ene hadde fokus på å ta notater. Dette for å gjøre det mest oversiktlig og ryddig for både informanter og oss. Vi hadde fokus på å ha en naturlig setting, slik at det var rom for alle å delta i samtalen.

2.4 Etske betraktninger

I løpet av studien har vi reflektert over ulike etiske betraktninger. Som nevnt tidligere hadde vi noen eksklusjonskriterier da vi valgte informanter til studien. Vi hadde i betraktning at de måtte ha en avklart situasjon i forhold til deres skade. For å unngå å påvirke deres situasjon på noen måte, var et kriterium at hjerneslaget ikke skulle være nylig. Vi reflekterte over viktigheten av å ikke berøre et sårbart tema.

Vi opplyste informantene om hensikten med studien, og hva vi ville finne ut av i intervjuene. Vi ga også informasjon om full anonymitet og deres rett til å trekke seg fra studien. For at vi skulle opprettholde full anonymitet, tok vi et bevisst valg ved å ikke skrive om deres personlige psykiske helse. Vi valgte i stedet å se på hva de mener er viktig for å ivareta god psykisk helse etter hjerneslag. Dette var også fordi vi ikke hadde godkjenning til å innhente personens helseopplysninger. Vi valgte å ikke ha søkelys på sensitiv informasjon som kan være gjenkjennelig. Vi hadde heller ikke tillatelse til å ta opp intervjuene med informantene. Derfor har vi notert ned svarene vi har fått, og vært nøye med å ikke skrive personlige helseopplysninger som kan gjenkjenne personene.

Etter å ha gitt informantene tilstrekkelig med informasjon fikk vi informert samtykke fra alle deltakere i studien (Bahus & Ursin, 2024). Det var viktig at de forsto hva alt gikk ut på. Vi visste at dette er en gruppe som kan ha utfordringer med ulike kognitive begrensninger, derfor var det viktig å forklare klart og tydelig hva de deltok på, og hva forskningen skulle brukes til.

Forskningen skal ikke bare være vitenskapelig, men også etisk. Vi satte oss i deres situasjon som informanter, og reflekterte over om vi følte oss respektert. Vi kom fram til at det følte greit å være i deres situasjon. Viktigheten rundt studien er å være varsom, respektfull og være redelig gjennom hele prosessen (Skilbrei, 2020). Det er viktig for oss å ivareta informantenes integritet under og etter intervjuet. Dette ved å anonymisere informasjonen, og forsikre oss om at vi har forstått det riktig i forhold til det de forteller oss (Fangen, 2022). Informantene deler sine sannheter og antagelser i forhold til temaene vi framstiller. Det er da viktig at vi forsikrer oss om at vi har forstått informasjonen riktig, uten å videre fortolke den. Hvis vi forsikrer oss om at vi har forstått riktig, er informasjonen i større grad bekreftbar.

Det var viktig for informantene å delta i studien, da de mente at psykisk helse er et viktig tema å belyse. Informantenes interesse for å belyse den psykiske helsen, gjør at de brukes som et middel og er et formål for å besvare studien (Høgskolen i innlandet, u.å). Informantene har fått tildelt fiktive navn, for å tydeliggjøre utsagnene deres.

2.5 Analyse

I dette kapitlet vil vi presentere hvordan vi har gått fram for å analysere empiri. Vi har tatt inspirasjon fra induktiv innholdsanalyse (Jacobsen, 2022, s. 216). Vi har valgt denne metoden, fordi vi ønsker å forstå det dynamiske og unike ved temaet. Vi har gått inn i studien med åpent sinn, samlet inn all informasjon og til slutt tenkt over og systematisert informasjonen (Jacobsen, 2022, s. 31). Informasjonen fra intervjuene er lest gjennom flere ganger av oss begge for å sikre oss at vi har forstått det riktig, og for at begge skal ha god oversikt over empiri. Da vi jobbet med materialet, kodet vi teksten ved å bryte den ned til setninger og fraser. Vi lagde fargekoder, for å få oversikt og forståelse over informasjonen. Dette gjorde vi for å gi enkelte setninger en spesiell mening, for eksempel utsagn som informantene la ekstra vekt på, og som var viktig for dem. For å systematisere satte vi tekst inn i tre ulike kategorier. Ved hjelp av fargekoder fikk vi et godt overblikk over likheter og ulikheter av det som ble sagt, samt sitater (Jacobsen, 2022, s. 217).

Vi skal komme inn på tre kategorier: *Psykisk helse-oppfølging sammen med kognitiv og fysisk opp trening*. Videre vil vi se på: *Viktigheten med ivaretagelse av psykisk helse*. Til slutt vil vi ta for oss: *Informantenes foreslåtte endringer*. Disse kategoriene ble formet ut fra innsamlet empiri, og er dannet på grunnlag av informasjonen vi har mottatt. Resultatene inneholder sitater for å tydeliggjøre informantenes stemmer. Datamaterialet kan da tale for seg selv, ved å sikre at informasjonen er relevant og riktig (Jacobsen, 2022, s. 31).

Kapittel 3 Resultat

I dette kapittelet vil vi presentere resultatene fra vår studie. Sentrale funn er informantens erfaringer og opplevelser, og hva som er viktig for god psykisk helse etter hjerneslag. Alle informanter har et avklart forhold til livssituasjonen på intervju tidspunkt.

3.1 Psykisk helse-oppfølging sammen med kognitiv og fysisk opptrening

Som helsepersonell skal man behandle personer som gjennomgår et hjerneslag, gjennom kognitiv og fysisk opptrening, sammen med psykisk helse-oppfølging (Østergaard et al, 2019; McCurley et al., 2018). Vi ville finne ut hvordan informantene hadde opplevd dette i deres forløp. For det første var de fornøyde med den kognitive og fysiske opptreningen som skjedde i tidlig- og senfase i rehabiliteringsprosessen. De mente at helsepersonell hadde høy kunnskap, og klarte å ivareta og forbedre deres situasjon med tanke på fysiske og kognitive ferdigheter. Det var ikke alt informantene var fornøyde med underveis i rehabiliteringen. Kari forteller: *“Psykisk helse er ikke i fokus, det er ikke et tema. Fokuset er på kognitiv og fysisk opptrening. Dette blir kastet litt etter deg og skal fikses, mens psykisk helse blir ikke pratet så mye om eller er en prioritet.”* Eva fortalte at hun fikk tilbud om å prate med psykiatrisk helsepersonell et halvt år etter at hjerneslaget hadde oppstått, noe hun mente var alt for sent ifølge hennes behov. Anne og Eva tenkte ikke på den psykiske helse-oppfølgingen i tidlige faser, da det var så mye som foregikk, men i ettertid har de reflektert over at de manglet dette. Som nevnt innledningsvis spiller pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1 a) en rolle, som blant annet handler om at alle mennesker har rett på helsehjelp etter hjerneslag. Ingen av informantene opplevde samsvar med god ivaretagelse i praksis: *“Jeg fikk ikke spørsmål om jeg trengte hjelp til psykisk helse etter skaden”*, fortalte Kari. Videre fortalte hun om at hun hadde en sykdom tidligere som ikke var så betydningsfull som et hjerneslag. Da fikk hun tilbud om å prate med psykolog fra første stund, men i prosessen sin etter hjerneslaget fikk hun ikke tilbudet om å kunne prate med noen som kunne bistå henne i forhold til den psykiske helsen. *“Jeg møtte veggen og følte meg ikke ivaretatt med tanke på psykisk helse, det ble nedprioritert.”* For Kari ble dette resultatet av å ikke sette lys på den psykiske helsen.

Senere fortalte Kari om da hun fikk hjelp av kommunehelsetjenesten, hvor hun hadde møtt en psykiatrisk sykepleier som hadde spurt henne: *“Hvordan har du det? [...] Du har lov å sørge, fordi du har mistet deg selv på en måte.”* Dette var noe som betydde mye for Kari, å føle på en bekreftelse på at hun kunne sørge i etterkant av en slik omveltning i livet. Hun kjente på at det var blitt mer normalt å kunne ha gode og dårlige dager. Noe som var til felles for informantene var at de hadde møtt på et

par helsepersonell i løpet av sin prosess etter hjerneslaget, som hadde stått fram og skilt seg ut fra resten. Dette var de som gjorde “det lille ekstra” for informantene, slik de forklarte det.

3.2 Viktigheten med ivaretagelse av psykisk helse

I intervjuene undersøkte vi ulike tema som omhandler psykisk helse etter et hjerneslag. Innenfor dette fikk vi innblikk i det informantene mente var viktig for å ivareta en god psykisk helse etter hjerneslag. Dette var ut ifra deres erfaringer og det de mente var viktig for seg, derfor var det noen forskjeller mellom informantene, men de hadde noe til felles i forhold til hva de mente var viktige faktorer for å ivareta den psykiske helsen. *“Jeg mener det å bli møtt med medfølelse og empati er den viktigste faktoren for å ivareta psykisk helse.”* Dette er et utsagn fra Eva, som følte at hun manglet å motta medfølelse og empati i flere prosesser etter hjerneslaget. Denne følelsen og erfaringen samsvarte med det de andre informantene hadde opplevd. Det å bli møtt med empati og medfølelse har mye å si, da det har skjedd en omveltning i livet. Eva følte seg ensom etter skaden, og forklarer: *“Det er veldig viktig at man ikke føler seg alene[...]. Når det blir tøft, er det viktig å ha et støtteapparat å kunne støtte seg på.”*

Alle informantene levde et aktivt og sosialt liv før hjerneslaget. I ettertid av skaden, har det oppstått ulike utfordringer som har endret denne livsstilen til informantene. De mente det å delta på trening var viktig for å ta vare på sin psykiske helse. Alle deltok på gruppetreninger i form av styrketreninger et par ganger i uken. Dette opplevde de verdifullt og meningsfullt. Ikke bare på grunn av selve treningen, men også mye fordi den sosiale deltagelsen ble høyt verdsatt. Å kjenne på følelsen av at man har trent og gjort noe, var viktig for å opprettholde en god psykisk helse. Dette var fordi at hvis man ble sittende inne hele dagen, uten å ha noen form for ærender, ble man sittende å tenke mye. Det kunne føre til at man ble trist eller deprimert i forhold til deres livssituasjon, ble det belyst av Anne. Innenfor dette fortalte alle informantene om at TT-kort (Tilrettelagt transport) er grunnen til at de kan komme seg ut å gjennomføre aktiviteter i hverdagslivet i større grad selvstendig. De var fornøyde med tilbudet og mulighetene TT-kortet skaper. Videre var enkelte informanter litt kritiske til saldoen på tilbudet, da de etterhvert bruker opp saldoen på TT-kortet. Da TT-kortet er brukt opp, vil det sannsynligvis begrense informantene i å “komme seg ut”. Det var høyt verdsatt og meningsfullt blant alle informantene, at ordningen med TT-kort opprettholdes og ikke setter begrensninger på antall turer for de som er avhengig av tilrettelagt transport.

“Det er superviktig med venner og familie, og godt med støtte fra folk rundt seg.” Formidler Anne, som er den eldste informanten. For henne var det høyest verdsatt for å opprettholde en god psykisk helse etter en slik omveltning i livet. Hun hadde et stort sosialt nettverk, med hyppige kaffebesøk og mange reiser før hjerneslaget. Anne og ektemannen tok et valg etter skaden, at de ville prøve å leve et så “normalt” liv som mulig. Helst ville de leve slik de hadde gjort tidligere. Hun fortalte at med den

tankegangen klarte hun å opprettholde en god psykisk helse, mye gjennom å opprettholde mengden sosial deltagelse med sitt nettverk. Hun og ektemannen fortsatte som tidligere, og deltok på de samme sosiale aktivitetene med hjelp av tilrettelegging. Videre fortalte hun at det sosiale nettverket hennes ikke endret seg, og venner og familie behandlet henne som før. Anne var engstelig for at det sosiale nettverket ville endre seg etter hjerneslaget, da det ble en del usikkerhet rundt situasjonen hennes. Kari nevnte motivasjon som en faktor som har betydning for god psykisk helse. Hun nevnte også at dette kunne være en negativ ting: *“Motivasjonen kan også ha en stor fallhøyde, da jeg ikke mestrer det jeg er motivert til å gjøre, og forventer å få til”*. Samtlige informanter uttrykker at det er veldig viktig å ha noe å gjøre, og oppholde seg med aktiviteter i hverdagen. På den måten holder de seg opptatt og slipper å tenke på den sårbare situasjonen i livet, både med tanke på fysisk, kognitiv og psykisk helse.

Kari fortalte videre om viktigheten med å komme seg ut av hjemmet og ha noe å bruke tid på. Da kom hun inn på at hun jobbet en liten stillingsprosent: *“Jobb er viktig, uansett stillingsprosent, da det er viktig å ha noe å møte opp på”*. For Kari lå ikke viktigheten i å tjene penger og personlig økonomi, men mer på at hun følte på en tilhørighet og at hun bidro til noe i samfunnet da hun jobbet.

3.3 Informantenes foreslåtte endringer

Ved intervjuene kom det fram at informantene hadde forslag til hva som kunne blitt gjort annerledes i forhold til psykisk helse-oppfølging etter hjerneslag: *“[...] En viktig faktor kan være å koble på psykiatrisk helsepersonell sammen med kognitiv og fysisk opptrening. Det er nemlig mange timer i uka med trening hver eneste dag. Jeg skulle ønske det kunne være med samtaleterapi i programmet, da psykisk helse er en stor del av mennesket.”* Dette er et forslag til endring som Eva ønsket å formidle til oss. Dette var fordi at hun kjente på en mangel på psykisk oppfølging, og kunne tenkt seg at det ble gjort på en annerledes måte.

Flere av informantene mente at psykisk helse-oppfølging skulle vært et tema i alle faser. Ifølge Anne har hjemmetjenesten for dårlig tid til hver enkelt person: *“[...] Det skulle vært tid til en liten prat, men det er det dessverre ikke, de har ikke tid til å sette seg ned.”* Anne syntes det var trist, at de bare kom innom og hadde det for travelt til å spørre hvordan man har det. Flere av informantene beskriver et tungt system rundt innleggelse, og opplevde en del motgang i sitt forløp. Som nevnt tidligere var informantene generelt sett fornøyd med rehabilitering av fysisk og kognitive utfall, men at det manglet en god del på psykisk helse. Eva forklarte at det ikke er så mye som skal til for å ivareta psykisk helse: *“Om man bare blander en liten fotnote i det psykiske av og til. Hvis man bare fokuserer litt mer på psykisk helse, med å spørre mer hvordan har du det. Jeg tror ikke det er så mye som skal til for å forbedre ivaretagelsen av psykisk helse bare litt.”*

Kapittel 4 Diskusjon

I diskusjonsdelen skal vi forsøke å drøfte og reflektere problemstillingen, ved å belyse funnene i intervjuene opp mot teori og aktivitetsperspektivene. Som vi har sett i tidligere forskning kan pasienter oppleve ulike psykiske utfordringer etter hjerneslaget. I grove trekk handler det om tunge tanker, depresjon og bekymring om fremtiden (McCurley et al., 2019; Hildebrand, 2015). Det vi har undersøkt er hva tidligere pasienter mener er viktig for å ivareta psykisk helse. Vi skal gå i dybden på flere faktorer som informantene har benevnt som viktig for å opprettholde og ivareta en god psykisk helse.

4.1 Hva har betydning for god psykisk helse

Ifølge Eva er det viktigste å bli møtt med medfølelse og empati. Ut ifra tidligere forskning, ser vi at pasienter har behov for å føle seg sett og tatt vare på (McCurley et al., 2019). Mange trenger ivaretagelse av hele mennesket fra første stund skaden oppstår, og det kan være viktig for pasientens psykiske helse. Ivaretagelse av psykisk helse kan videre påvirke gjenervering og gjenoppbygging av funksjoner og evner (Fisher & Marterella, 2019, s. 107-116), gjennom for eksempel motivasjon og livsglede. Det vil mest sannsynlig være en enklere prosess etter omveltningen, om man direkte får snakket ut om sine følelser og meninger. Dette fører kanskje til at pasienter kan medvirke på en bedre måte (Helsedirektoratet, 2022).

I DBBB teorien kommer det fram at ved å bruke ergoterapeutisk intervensjon kan pasienter adaptere en rekke positive elementer. Personer kan i større grad få et bedre selvbilde og selvtillit, og de kan delta i flere meningsfulle aktiviteter (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017, s. 61-63). Videre kan de ha noe å strekke seg etter som fører til motivasjon, og føle mestring og tilhørighet. Det er spesielt to dimensjoner i teorien vi ønsker å trekke fram her: *Becoming* og *Belonging*. Utvikling av ferdigheter i meningsfull aktivitet, ved å bruke personers ressurser, kan være viktig for ivaretagelse av psykisk helse. Det å ikke stå stille, men å ha en opplevelse av utvikling og å nå sine mål er noe som er av betydning (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017, s. 63). For eksempel ønsket Anne at andre skulle behandle henne slik som før skaden. Hun ville fortsette å bake til da venninnene skulle møtes, og fortalte at hun ønsket til og med å gjøre mer av det etter skaden. Hun hadde et mål om å utvikle seg, og se framover i positivitet. Når det skjer en omveltning i livet, som endrer personen, kan også det sosiale nettverket endres. Det kan oppstå usikkerhet mellom personer, ved at for eksempel den slagrammedes adferd og personlighet forandres (Hildebrand, 2015). Dette kan føre til at personer som er nærme den slagrammede kan synes det er ubehagelig å være sammen med vedkommende. Da kan det påvirke sosiale interaksjoner, i form av at den slagrammede ikke deltar i sosiale settinger

slik som før. Denne utfordringen er noe Anne belyste, og var engstelig for i tidlig fase etter hjerneslaget.

Sosiale aktiviteter og samfunnsengasjement betyr mye ifølge informantene. Å være med i en gruppe der man forstår hverandre og kan bygge fellesskap sammen var viktig. Vi skal igjen se på eksemplet med Anne som bakte til venninnene kom på besøk. Hun sa at uten vennegjengen ville alt blitt mye tyngre og vanskeligere. Hun forklarte at hvis hun måtte stå alene i situasjonen, visste hun ikke hvordan det skulle bli. Anne forklarer videre at uten nettverket ville hun ikke sett like positivt på livet generelt. Det kom fram av de andre informantene at å føle tilhørighet, og å være en del av noe større enn seg selv, var noe av det viktigste for å ivareta psykisk helse. Gjennom for eksempel en støtteorganisasjon ble de kjent med hverandre, og kunne prate åpent og ærlig med hverandre om ting bare slagrammede kunne forstå, mente Eva. I lys av *Belonging* ser vi at tilhørighet er viktig for å leve et balansert og godt liv (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017, s. 63).

Kari snakket om veien tilbake til jobb, hvor viktig det hadde vært for henne. Hun hadde satt seg mål om å jobbe igjen, uansett hvor stor stilling hun kunne få. Det handlet ikke om økonomi, men om å bli en yrkesutøver igjen, som hun var før skaden. Hun mente jobb var viktig for å utvikle seg som menneske. Ved å høre til, være en del av noe, ha noe å møte opp på, og bidra til samfunnet kunne hun bli den personen hun ønsket å være. Dette viser viktigheten av *becoming*, og hvilken betydning denne dimensjonen har for å ha en "drive" til å gå framover (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017, s. 63).

Ifølge Heras de Pablo et al (2017, s. 167-168), kan man gjennom å se og bevisstgjøre aktivitetsidentitet, hjelpe mennesker å se seg selv og hvem man er på en bedre måte. Som tidligere nevnt var det å høre til noe større enn seg selv, og bidra i samfunnet viktig for informantene. Tilhørigheten i sosiale aktiviteter former aktivitetsidentiteten, hvor det igjen kan skapes motivasjon til å delta i meningsfulle og nødvendige aktiviteter i hverdagen. Motivasjonen kan bli høyere ved å gjennomføre aktiviteter som er sunne for mennesket. Det kan være aktiviteter man kanskje ikke hadde gjort, om man ikke deltok på aktiviteter i sosiale omgivelser, som for eksempel en hjerneslag-organisasjon eller venner. Videre kan det gjøre at man former sin aktivitetsidentitet ut fra det man velger å gjøre, men også de aktivitetene man ikke hadde gjort alene. Et godt selvbilde kan skapes ut fra opplevelsen på de sosiale aktivitetene man deltar på. Er man fornøyd med egen innsats og ferdigheter, skapes som regel et godt selvbilde i aktivitetenes forstand. På den ene siden er det antatt at mennesket har en medfødt og naturlig indre motivasjon for å lære å mestre nye utfordringer, som blir til god hjelp for å håndtere helseutfordringer og å gjennomføre aktiviteter (Eide & Eide, 2017, s. 19). På den andre siden uttrykker Kari at motivasjon kan være noe negativt da fallhøyden kan bli stor. Hvis man har stor

motivasjon og forventning, men ikke oppnår forventet utfall av aktiviteten eller gjøremålet, kan det i verste fall bli destruktivt, forklarte hun.

Ved å se på aktivitetskompetanse og aktivitetsidentitet sammen med omgivelsers påvirkning og personlige faktorer, kan man oppnå aktivitetsadaptasjon. Med en positiv aktivitetsadaptasjon kan man oppnå bedre funksjonsnivå og ferdigheter rundt de aktivitetene man gjennomfører (Heras de Pablo et al., 2017, s. 166). Videre kan aktivitetsadaptasjonen være med på å styrke den psykiske helsen, ved at man får flere positive opplevelser med aktiviteter som man liker å holde på med, og kan føle mestring. Hvis man gjennomfører aktivitetene i fellesskap, tenker man kanskje ikke på hvordan man har det, men mer på selve aktiviteten. Da kan man få opphold fra tankegangen, og om hvordan man egentlig har det. Kari snakket om viktigheten av å komme seg ut og få nye impulser. Hun nevnte venner, familie og støtteorganisasjoner som viktige faktorer for å ivareta psykisk helse. Det var viktig å ikke føle seg alene, men å ha noen å prate med. Dette samsvarer med funnene i artikkelen til McCurley et al. (2019).

For å tydeliggjøre hvorfor fysisk trening er viktig for mennesket, kan man se på hva som er anbefalt i form av helsegevinster. Det er kjent at trening fører til bedre helse (Helsenorge, 2022), men det er subjektivt hva ulike mennesker opplever som viktig med fysisk trening. Trening er en aktivitet informantene opplevde som meningsfull og viktig for å ivareta psykisk helse. Våre resultater viser variabler i viktigheten med trening. For Anne var trening viktig på grunn av den sosiale deltakelsen. Eva og Kari mente at treningen var meningsfull på grunn av den fysiske treningen og selve sunnheten av aktiviteten. Det ble fortalt av samtlige i intervjuene at aktiviteten var viktig for deres psykiske helse, ved at de følte seg bedre med seg selv. Med trening i hverdagen skaper man en bedre fysisk og psykisk helse gjennom at man danner seg rutiner, vaner, ferdigheter og opplevelser av aktiviteten (Lee & Kielhofner, 2017, s. 96-97). Gjennom de ulike faktorene som organiserer livet til en person, som rutiner, vaner og ferdigheter, sammen med påvirkninger fra omgivelser, former man en aktivitetsidentitet. Da vil den bestå av positive aktiviteter som kan bidra til bedre psykisk og fysisk helse (Fisher et al., 2017, s. 137).

Noen informanter fortalte at det var viktig å komme seg ut av huset for å kunne ha en god psykisk helse. Anne forklarer at hvis man får mye tid alene, uten sosiale aktiviteter, kan man bli sittende og reflektere mer over sin egen situasjon. Den mengden refleksjon trenger ikke å være så positiv for den psykiske helsen, da man har opplevd en slik traumatisk omveltning i livet. Ved å betrakte dette fra en annen synsvinkel, kan det imidlertid være viktig å reflektere over sin situasjon og psykiske og fysiske helse. Da kan man eventuelt bruke tid på å forsone seg med situasjonen.

Tidligere forskning viser at tristhet, depresjon og frykt for framtiden er noen av utfordringene som hjerneslagpasienter møter. På den andre siden er takknemlighet, optimisme, hobby og egenomsorg

noen positive faktorer som hjelper (McCurley et al., 2019). På bakgrunn av dette er det kanskje vanskeligere å være takknemlig og optimistisk om man blir sittende mye alene.

4.2 Mulige endringer

I behandling av pasienter spiller etikk en rolle i hvilke behandlingsmetoder man benytter seg av (Eide & Eide, 2017, s. 85-114). Her kommer man inn på hva helsepersonell og forskning anbefaler av behandling, men i tillegg hva pasientene foretrekker som behandlingsmetode. Det kan oppstå uenigheter, konflikter og utfordringer ut fra hva som vil være mest hensiktsmessig og effektivt. Som tidligere forklart har tidspresset noe å si innen rehabiliteringen (Simpson et al., 2018). Da vil helsepersonell møte et etisk dilemma ut ifra hva de skal prioritere å behandle etter et hjerneslag. Om tiden ikke strekker til for ivaretagelse av psykisk helse på grunn av prioriteringer, vil kanskje mange pasienter oppleve at de mangler psykisk helse oppfølging. Hvis man ser på det etiske dilemmaet fra den andre siden, og prioriterer den psykiske helsen framfor kognitiv og fysisk funksjon, vil pasientene kanskje oppleve mangel på helsebehandling for disse ferdighetene. Uansett hva dilemmaet går ut på, får man ulike konsekvenser og innfallsvinkler. Hvis tiden ikke er tilstrekkelig til å behandle kognitiv, fysisk og psykisk helse, og må prioritere en eller to av disse, vil pasienten kanskje oppleve utilstrekkelig helsebehandling. Som tidligere forskning viser vil rehabiliteringen forbedres ved oppfølging av psykisk helse, og derfor bli mer effektivt (Hildebrand, 2015).

Empati og medfølelse kan vekke motivasjon hos hjerneslagpasienter, påsto Kari. Denne motivasjonen kan benyttes i positive retninger i rehabiliteringsprosessen, ved at pasienter får en sterkere viljestyrke til å bli så "friske" som mulig. Det kan gjøre at funksjonsnivået blir bedre på grunn av at personene får aktivert motivasjonen gjennom empati og medfølelse. Mange søker empati og medfølelse når de befinner seg i sårbare situasjoner (McCurley et al., 2019). Det bør derfor falle naturlig at helsepersonell skal være empatiske og vise medfølelse, da det ofte er det personer trenger for å opprettholde sin psykiske helse. Tidligere forskning sier at medfølelse og empati hjelper mennesker med å akseptere de følelsene de kjenner på (McCurley et al., 2019).

Hvorfor føler mange på mangelfull omsorg, empati og medfølelse? Gjennom en helhetlig behandling av en person, handler det om behandling av kropp og sinn. Informantene synes den psykiske helsen skal vektlegges, og mener helsepersonell har kunnskaper innenfor ivaretagelse av psykisk helse. Uansett om kunnskapen er der eller ikke, blir ikke behovet møtt for mange. Kan helsepersonell prioritere den kognitive og fysiske funksjonen framfor den psykiske helsen, selv om de vet hvor viktig psykisk helse er (Simpson et al., 2018)? Ifølge Hildebrand (2015) oppnår man bedre resultat av rehabiliteringen, da den psykiske helsen blir bedre ivaretatt.

Informantene fikk prate delvis ut om sine følelser og behov til helsepersonell, men de følte ikke at behovet for å prate ut var nådd, da samtalen alltid ble for kort. Viktigheten av at helsepersonell bare

kan ta seg litt ekstra tid til en prat, og at det ikke nødvendigvis skal så mye til, bør bli lagt mer vekt på. Ifølge Eva, burde helsepersonell blitt mer bevisstgjort på viktigheten av psykisk helse-oppfølging. Ved at de bruker tid, viser de at de bryr seg, og tar den lille ekstra samtalen, som kan gjøre dagen til pasienten mye bedre. Da føler man seg kanskje sett og ivaretatt på en bedre måte. Fra helsepersonell sin synsvinkel kan den psykiske helse-oppfølgingen være vanskelig å følge opp, da det som regel er travelt på avdelingene (Simpson et al., 2018, s. 181). Tidligere forskning antyder at om den psykiske helsen har blitt fulgt opp bedre, hadde kanskje færre pasienter hatt utfordringer med depresjon og angst (McCurley et al., 2019; Hildebrand, 2015). Disse utfordringene kan påvirke deltakelse i aktiviteter ved at personene mangler motivasjon og glede i å gjennomføre dem.

4.3 Metoderefleksjoner

Vi gjennomførte to intervju hjemme hos informantene, og ett over telefonsamtale. For å få mest troverdig resultat er det best å gjennomføre intervjuene i deres naturlige omgivelser (Jacobsen, 2022, s. 32). Vi oppdaget forskjell i fysisk intervju i motsetning til telefonintervju, og synes vi kom mer i dybden på intervjuene vi gjennomførte hjemme hos personene i forhold til over telefonen. Dette kan være fordi intervjuet på telefon ikke ble like personlig da det ikke var et fysisk møte mellom informanten og oss (Jacobsen, 2022, s. 165). Informanten på telefonen, Eva, var ikke like utfyllende og forklarende som de vi møtte fysisk, og vi tenker det kan ha noe med settingen å gjøre. Gjennom å møte informantene fysisk, får begge parter et bilde på hvem hverandre er. Dette gjør det enklere med relasjonsbygging, da vi kan opprettholde øyekontakt underveis i kommunikasjonen. Da vi møttes fysisk var det mulig med nonverbal kommunikasjon, noe vi vurderer som viktig for å bygge relasjon (Jacobsen, 2022, s. 165). Vi tenker at relasjonen er viktig for å få troverdige svar.

Det er viktig å påpeke at vi som studenter har lite erfaring med intervju. Våre intervjuferdigheter, evnen til å stille åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål kunne vært bedre, som igjen kan påvirke resultatene i studien. Vi har reflektert over kvalitativ metode, om det ble riktig i studien. Vi har kommet fram til at det ble mest hensiktsmessig, da vi var ute etter erfaringer og opplevelser (Jacobsen, 2022, s.162-163).

Vi har reflektert over maktforholdet mellom informanter og intervjuere, og vi har prøvd å framstå ydmyke og profesjonelle. Vi har verdsatt deres meninger og ønsker, ved å la de bestemme hvor og hvordan vi skulle gjennomføre intervjuene.

Vår forforståelse av temaet kan ha vært med å påvirke resultatene, da vi har en viss formening om hvordan ting utvikler seg etter et hjerneslag. Våre holdninger kan være medvirkende, da vi har hørt en del om mennesker som har gjennomgått hjerneslag, som ikke er fornøyd med psykisk helse-oppfølging. Vi har prøvd å sette til side tanker og holdninger rundt tema ved gjennomføringen av studien (Jacobsen, 2022, s. 43).

Som nevnt tidligere, hadde kanskje svarene vært annerledes om vi hadde andre informanter. Tre nye informanter ville kanskje gitt andre svar. Vi tenker også at kjønn og alder kan spille inn. Kanskje hadde vi fått andre svar om det hadde deltatt noen menn i studien. En annen ting som kunne påvirke resultatene er om aldersspennet på informantene hadde vært annerledes. Alle faktorene som er nevnt kunne ført til at resultatet til studien hadde vært annerledes.

Bekreftbarhet:

Bekreftbarhet er at studien er gjort på en hensiktsmessig måte med tanke på formålet. Det er viktig med sammenheng mellom resultat, metode og problemstilling. Bekreftbarhet i en kvalitativ studie handler om at grunnlaget for tolkningene som er gjennomført er gyldig (Thagaard, 2003). Dette vil si at for å oppnå bekreftbar informasjon, må forskeren være kritisk i forhold til sine tolkninger. En måte å sikre bekreftbarhet er gjennom validering fra informantene. I forhold til vår studie har vi sikret oss dette gjennom å spørre informantene våre om vi har forstått informasjonen riktig (Thagaard, 2003).

Troverdighet:

Troverdighet i studien handler om at vi som forskere har gjennom hele prosessen prøvd etter beste evne å opprettholde god kvalitet og forklart fremgangsmåtene. Gjennom dette er studien gjort på en tillitsvekkende måte (Thagaard, 2003). Videre for å sikre troverdighet undersøkte vi andre studier som har forsket på tilnærmede tema, og sammenlignet resultater med de vi har funnet. Vi systematiserte en plan før intervjuene, gjennom en intervjuguide, hvor vi lagde rom for oppfølgingsspørsmål. Vi har fokusert på å la informantene snakke ferdig om ulike tema, uten noen form for innvendinger eller avbrytelser (Thagaard, 2003). Vi har gjennom prosessen sikret oss å forstå resultatene ved at begge to har lest gjennom innsamlet empiri flere ganger.

4.4 Konklusjon

For å konkludere studien, har vi forsket på hva tidligere slagpasienter mener er viktig for å ivareta god psykisk helse etter et hjerneslag. Informantene opplevde at de ikke ble godt ivaretatt med tanke på den psykiske helse i tidlige faser etter hjerneslaget. Sett fra helsepersonell sin side, har de en arbeidshverdag som er preget av lite tid. For informantene var empati og medfølelse en faktor som var essensiell i tidlige faser for å opprettholde en god psykisk helse. Videre forklarer de at ulike aktiviteter i hverdagen er viktig, blant annet jobb, trening og sosial deltakelse. Disse er alle faktorer som informantene mente var avgjørende for å opprettholde og ivareta den psykiske helsen selv en stund etter hjerneslaget.

4.5 Implikasjoner for praksis

Funnene i studien kommer fra erfaringene og opplevelsene fra informantene våre. Vi har sett på hvordan de har opplevd helsevesenet i forhold til å bli ivaretatt med fokus på psykisk helse, og hvordan de nå i ettertid reflekterer over de utfordringene. Som nevnt tidligere har alle mennesker rett på helhetlig helsehjelp etter hjerneslag i Norge. Dette stemmer ikke helt overens med våre resultater, da våre informanter synes det mangler ivaretagelse av psykisk helse etter hjerneslag.

Det kommer fram at tid er en viktig faktor som kan gjøre mye for pasienter, men som nødvendigvis ikke trenger å koste for mye for rehabiliteringsinstitusjoner. Man bruker ikke mye tid ved å ta den ekstra samtalen. Som vi har vært innom tidligere handler det kanskje mer om å bli bevisst hvor viktig dette faktisk er for pasienter. Vi har sett at våre informanter mener at det ikke skal så mye til, men bare å oppleve at helsepersonell bryr seg. Bare ved å ta seg tid til det ekstra spørsmålet: "Hvordan har du det i dag?". Vi tenker det må være tid til det, for å få en endring på dette i praksis. Vi håper at studien kan bidra til økt bevissthet rundt temaet hos helsepersonell.

Hva kan vi lære av dette?

Som framtidige ergoterapeuter kan vi lære av studien. Vi har blitt bevisst på viktigheten av å lytte til pasienter, og hvor mye det faktisk betyr. Vi har lært mer om den store omveltningen som skjer i menneskers liv etter hjerneslag, og kan sette oss mer inn i hvordan det er for personer å leve livet sitt etter en slik omveltning. Vi har fått innsikt i livet deres, og sett fra pasienters synsvinkel hvordan de oppfatter helsevesenet og psykisk helse-oppfølging. Vi har lært viktigheten av pasienters autonomi, anonymitet og pasienters sårbare livssituasjon. Til slutt tenker vi som framtidige ergoterapeuter, at vi ønsker å ha tid til den ekstra praten.

Kapittel 5 Referanseliste

Ayerbe, L., Ayis, S., Crichton, S., Wolfe, C. D. A., & Rudd, A. G. (2014). The long-term outcome of depression up to 10 years after stroke; the South London Stroke Register. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 85(5), 514–521.

<https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-306448>

Bahus, M. K. & Ursin, L. (2024, 26. januar). Informert samtykke. I *Store norske leksikon*.

[informert samtykke – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/informert-samtykke)

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Ergoterapeutene. (u.å). *Ergoterapeuters kjernekompetanse*.

<https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>

Fangen, K. (2022, 6. september). Kvalitativ metode. De nasjonale forskningsetiske komiteene.

[Kvalitativ metode | Forskningsetikk](#)

Fisher, A. G. & Marterella, A. (2019). *Powerful Practice: A Model for Authentic Occupational Therapy*. Center for innovative OT solutions.

Fisher, G., Parkinson, S. & Haglund, L. (2017). Omgivelserne og den menneskelige aktivitet. Taylor, R.R (Red.), *MOHO-Kielhofners model for menneskelig aktivitet* (3. utg., s.135-153). Munksgaard.

Helsedirektoratet. (2022, 15. Desember). *Brukermedvirkning 15. Desember 2022*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2017, 21. Desember). *Slagrammede med behov for hjelp i hjemmet 21*.

[Aktivitet og deltagelse - Helsedirektoratet](#)

Helsenorge. (2022, 9. Mai). *Kva fysisk aktivitet gjer med kroppen 22. mai 2022*.

<https://www.helsenorge.no/nn/trening-og-fysisk-aktivitet/hva-fysisk-aktivitet-gjer-med-kroppen/>

- Heras de Pablo, C-G., Fan, C-W. & Kielhofner, G. (2017). Dimensionerne i det at foretage sig noget. Taylor, R.R (Red.), *MOHO-Kielhofners model for menneskelig aktivitet* (3. utg., s.155-173). Munksgaard.
- Heras de Pablo, C-G., Parkinson, S., Pepin, G & Kielhofner, G. (2017). Interventionsprocessen: Hvordan man muliggør aktivitetsforandring. Taylor, R.R (Red.), *MOHO-Kielhofners model for menneskelig aktivitet* (3. utg., s.271-299). Munksgaard.
- Hildebrand, M. W. (2015). Effectiveness of interventions for adults with psychological or emotional impairment after stroke: an evidence-based review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 6901180050p1–6901180050p9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.012054>
- Høgskolen i innlandet. (u.å.). *Forskningsetikk i praksis ved HINN*. Hentet 22. februar 2024 fra [Forskningsetikk i praksis ved HINN - Høgskolen i Innlandet](#).
- Jacobsen, D.I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (4.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Kristensen, H. K., Schou, A. S. B. & Mærsk, J. L. (2017). *Nordisk aktivitetsvitenskap*. København: Munksgaard.
- Lee, S. W. & Kielhofner, G. (2017). Vanedannelse: Mønstre i dagligdags aktivitet. Taylor, R.R (Red.), *MOHO-Kielhofners model for menneskelig aktivitet* (3. utg., s.91-112). Munksgaard.
- Lim, Y. M., Kim, S.-K., Yoo, D. H., & Kim, H. (2022). Effects of assistive technology-based occupational therapy on community-dwelling people recovering from stroke. *Assistive Technology*, 34(3), 273–280. <https://doi.org/10.1080/10400435.2020.1789900>
- Lindahl-Jacobsen, L., & Jessen-Winge, C. (2017). Meningsfulde aktiviteterets betydning for sundhed og velvære. Kristensen, H. K., Schou, A. S. B. & Mærsk, J. L. (Red.), (2017). *Nordisk aktivitetsvitenskap* (s.61-76). København: Munksgaard.
- LHL. (u.å.). *Hjerneslag*. Hentet 9. januar 2024 fra <https://www.lhl.no/hjerneslag/>
- McCurley, J. L., Funes, C. J., Zale, E. L., Lin, A., Jacobo, M., Jacobs, J. M., Salgueiro, D., Tehan, T., Rosand, J., & Vranceanu, A. M. (2019). Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke

Survivors and Their Informal Caregivers. *Neurocritical care*, 30(3), 581–589.

<https://doi.org/10.1007/s12028-018-0641-6>

Melton, J., Forsyth, K., Prior, S., Maciver, D., Harrison, M., Raber, C., Quick, L., Taylor, R.R & Kielhofner, G. (2017). Anvendelsen af MOHO til personer med psykisk sygdom. Taylor, R.R (Red.), *MOHO-Kielhofners model for menneskelig aktivitet* (3. utg., s.471-487). Munksgaard.

Mærsk, J.L. (2017). Samspelet mellem aktivitet og identitet. Kristensen, H. K., Schou, A. S. B. & Mærsk, J. L. (Red.). *Nordisk aktivitetsvitenskap*. København: Munksgaard.

NOU 2015: 17. (2015). *Først og fremst - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Helse- og omsorgsdepartementet.

[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/?q=hjerne
slag&ch=14#kap13-1](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/?q=hjerne+slag&ch=14#kap13-1)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*

(LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Peoples, H., Brandt, Å. & Pedersen, U. (2019). Introduksjon til ergoterapi. Peoples, H., Brandt, Å. & Pedersen, U. (Red.), *Basisbog i ergoterapi*. (4. utg., s. 25-31). København: Munksgaard.

Simpson, E. K., Ramirez, N. M., Branstetter, B., Reed, A., & Lines, E. (2018). *Occupational Therapy Practitioners' Perspectives of Mental Health Practices With Clients in Stroke Rehabilitation*.

OTJR (Thorofare, N.J.), 38(3), 181–189. <https://doi.org/10.1177/1539449218759627>

Skilbrei, M. (2020, 29. oktober). *Forskningsetikk*. Holbergprisen.

[Forskningsetikk | Holbergprisen \(holbergprize.org\)](https://www.holbergprize.org)

Sverdrup, S. (2021). Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag. *Råd og vink. Skritt for skritt*. Cappelen Damm Akademisk.

Taylor, R. R. (2017). *MOHO Kielhofners model for menneskelig aktivitet* (3. utg.). Munksgaard.

Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*.

Bergen: Fagbokforlaget.

Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL - teori og intervensjon* (2. utg.). Høgskoleforlaget.

Østergaard, L.G., Jørgensen, S.S. & Djernes-Riis, L.M. (2019). Ergoterapeutisk somatisk rehabilitering til voksne og eldre. Peoples, H., Brandt, Å. & Pedersen, U. (Red.), Basisbog i ergoterapi – *Ergoterapeutisk intervensjon - at muliggjøre aktivitet og deltagelse i hverdagen* (4. utg., s.289-310). København: Munksgaard.

Kapittel 6 Vedlegg

6.1 Vedlegg 1 Intervjuguide

Innledning til intervju

Takk informantene for deres bidrag og deltagelse i studien. Gi informasjon om oss og bakgrunn for studien, og hensikten med intervjuet. Informasjonsavklaring rundt intervjuet: frivillig deltagelse og informert samtykke. Informere om deres rettigheter i forhold til forskningens taushetsplikt og deres bestemmelse om å trekke seg fra studien.

Kategori 1: Erfaringer

1. Hvordan ble du møtt av helsevesenet med tanke på psykisk helse etter skaden?
2. (Hvis) Når ble psykisk helse et tema i rehabiliteringen? Var det et tema blant andre? Hva var det fokus på?
3. På hvilken måte tror du sosiale aktiviteter eller samfunnsengasjement har innvirkning på psykisk helse?
4. Hvilke faktorer tenker du er med å opprettholde en god psykisk helse i en rehabiliteringsprosess?
5. Hva tenker du kan være noen strategier eller tiltak som kan være spesielt nyttige for å mestre psykisk helse etter hjerneslag?
6. Hvilken rolle tror du helsepersonell, familie og venner kan spille i å støtte psykisk helse?
7. Hvordan kan tilgjengelige støttetjenester/organisasjoner bidra til å ivareta psykisk helse?
8. Opplevde du forskjell på rehabilitering som omhandler ivaretagelse av psykisk helse på institusjon og i kommunen?

Kategori 2: Endringsbehov

1. Hva tenker du kunne vært annerledes i systemet?
2. Hva kan vi som ergoterapeuter bidra med?

Kategori 3: Avsluttende spørsmål

1. Fikk du spørsmålet: "Hva er viktig for deg?" ved rehabilitering - hvem spurte deg om det? hvordan fikk dette deg til å føle?
2. Helt til slutt, er det noe du har lyst til å si som du ikke allerede har sagt?

Oppsummering av innholdet i intervjuet.

Takke informanter for deres deltagelse i studien.

