

Mestringsfølelse og hjerneslag

Hvilke faktorer kan bidra til økt mestringsfølelse av ADL-ferdigheter hos pasienter med gjennomgått hjerneslag?

Kandidatnummer: 899
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgaven i sykepleie
BSY-500

Antall ord: 8332
Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 02.01.2024
Tittel: Mestringsfølelse og hjerneslag	
<p><u>Innledning:</u> Hjerte- og karsykdommer synker i Norge, men er fortsatt den vanligste dødsårsaken i Norge. På verdensbasis er hjerneslag den største årsaken til funksjonstap. Rehabilitering er svært viktig for pasienter med hjerneslag, og har som mål å gjenvinne funksjon. Flere pasienter med gjennomgått hjerneslag opplever tapt mestringsfølelse av ADL-ferdigheter under rehabiliteringen, noe som påvirker deres livskvalitet negativt. Nyere studier hevder at forskningen på pasientenes mestringsfølelse i ADL er sparsommelig.</p> <p><u>Metode:</u> Bacheloroppgaven er en generell litteraturstudie. Den skal ta for seg fire forskningsartikler fra et strukturert søk, i tillegg til øvrig relevant litteratur som fagbøker og artikler. Resultatene til de fire artiklene skal først presenteres, og så diskuteres i lys av øvrig litteratur, lovverk og etiske rammefaktorer.</p> <p><u>Resultat:</u> Resultater viser både sykepleier- og pasientopplevelser. Negative pasientopplevelser i møte med sykepleier var gjennomgående. Mangel på tilstedeværelse og oppfølging fra sykepleiere i utforming av målsettinger og trening på utførelse av egenomsorg. Sykepleiers rolle i rehabilitering var uklart for flere pasienter. De negative opplevelsene påvirket pasienters mestringsfølelse av ADL-ferdigheter negativt. Utforming av realistiske målsettinger var viktig for pasienter.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Resultater presenterer flere viktige perspektiver som gjør det vanskelig å trekke én konklusjon. Pasient-opplevelser bidrar til å belyse faktorer som ikke bidrar til økt mestringsfølelse av pasientenes ADL-ferdigheter. Tilrettelegging for egenomsorg er en mestringsfremmende faktor, men mangler oppfølging fra sykepleiere. Utforming av realistiske målsettinger er en viktig faktor for pasienters mestringsfølelse, tross sykepleiers utfordringer med realitetsorientering av pasienter. Uklarhet rundt sykepleiers rolle i rehabilitering påvirker sykepleieutøvelsen negativt, og dermed pasienters mestringsfølelse negativt.</p>	

(Antall ord: 243)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Sykepleiefaglig relevans	2
1.3	Presentasjon av problemstilling	3
1.4	Avgrensninger og presisering av problemstillingen	3
2	Bakgrunn.....	5
2.1	Begrepsavklaringer.....	5
2.2	Hjerneslag og rehabilitering	5
2.3	ADL-ferdigheter og egenomsorg	6
2.3.1	Målsettinger.....	6
2.3.2	Tverrfaglig samarbeid og sykepleiers rolle	6
2.4	Mestring og sykepleiers rolle	7
2.5	Empowerment	8
2.6	Juridiske rammer	9
2.7	Etikk og faglige retningslinjer	9
2.7.1	Personsentrert og omsorgsfull sykepleie.....	10
3	Metode	11
3.1	Generell litteraturstudie.....	11
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	11
3.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.2.2	Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler	12
3.3	Øvrig fag og forskningslitteratur	13
4	Resultater	14
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	15
4.2	Syntese av resultatene.....	17
5	Diskusjon.....	18
5.1	Resultatdiskusjon.....	18
5.2	Realistiske målsettinger.....	18
5.3	Tilstedeværelse, en avgjørende faktor for mestring?	21
5.4	Tilrettelegging for trening på egenomsorg	23
5.5	Rolledefinering.....	25
5.6	Metodediskusjon	27
5.6.1	Generell litteraturstudie som metode	27
5.6.2	Gjennomført litteratursøk.....	28
5.6.3	De inkluderte artiklene	28
6	Konklusjon.....	30
7	Referanseliste.....	32
	Vedlegg 1	37
	Vedlegg 2	39
	Vedlegg 3	41
	Vedlegg 4	43

1 Innledning

Hjerneslag er en alvorlig tilstand som består av plutselige forstyrrelser i hjernens blodtilførsel. Det skilles mellom to typer hjerneslag: hjerneinfarkt, en blodpropp som stopper blodtilførsel til hjernevevet, og hjerneblødning, en blødning i selve hjernen eller hjernens blodåre(r) (ofte forårsaket av traume). Rundt 85% av tilfellene er hjerneslag forårsaket av en blodpropp (hjerneinfarkt), mens de resterende 15% er forårsaket av hjerneblødning (Eggen, 2016).

Nye tall fra Folkehelseinstituttet viser at forekomsten av hjerneslag synker, men at hjerte- og karsykdommer fortsatt er den vanligste dødsårsaken i Norge (FHI, 2023). I Norge rammes det ca. 11.000 mennesker årlig av hjerneslag, og det rammer både unge, eldre, menn og kvinner. Statistisk sett er det eldre som rammes oftest, hvor median alder i 2020 var 69-77 år. 54% av slagrammede i 2020 var menn, og resten kvinner (FHI, 2021). I 2020 var hjerneslag hovedårsaken til tap av kroppslige funksjoner hos voksne, på verdensbasis, og den nest vanligste dødsårsaken (WHO, 2020).

Pasienter med hjerneslag havner først på sykehus for akuttbehandling, hvor de i gjennomsnitt oppholder seg i gjennomsnitt 1-2 uker. Deretter blir de videreført til en slagenhet eller en rehabiliteringsavdeling, enten gjennom kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2020, kap 1). Lengden på oppholdet i rehabilitering er noe individuelt, og er avhengig av progresjonen til den enkelte pasienten (Helsedirektoratet, 2020, kap. 4).

Pasienter med gjennomgått hjerneslag i rehabilitering møter flere fysiske og psykiske utfordringer. Tap av mestringsfølelse, blant andre emosjonelle symptomer, er ifølge Helsedirektoratet et av de mest oversette symptomene hos pasienter med gjennomgått hjerneslag i rehabilitering. Ca. 20-40% av pasienter opplever dette (Helsedirektoratet 2020, kap. 4.7). En studie av Korpershoek et al. (2011) viser at tap av mobilitet og kroppslige funksjoner hos pasienter med hjerneslag oppleves som en stor utfordring som medfører fysiske og psykiske vansker. I tillegg viser studien at flere pasienter (33%) utviklet depresjon, noe som påvirket deres tro på egen mestring og generell livskvalitet (Korpershoek et al., 2011, s. 1877).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleierstudent hadde jeg hadde en to måneders praksis på en rehabiliteringsavdeling, hvor jeg i flere settinger jobbet med pasienter med hjerneslag. Både gjennom bistand i ADL og samtaler fikk jeg et inntrykk av hvor psykisk preget pasientene var som følge av hjerneslaget. Jeg observerte også andre sykepleiere i møte med pasientene, og deres måte å håndtere pasientenes lave selvtillit og mestringsfølelse i ADL-ferdigheter. Gjennom motiverende samtaler, emosjonell støtte og utforming av målsettinger fikk jeg se en positiv utvikling i pasientenes evne til å utføre ADL-ferdigheter. Sykepleierne var for meg gode eksempler på hvordan man utøver omsorgsfull sykepleie.

Hjerneslag medfører flere utfordringer, hvor lammelser og redusert evne til utførelse av ADL-funksjoner er vanlig (Helsedirektoratet, 2020, kap. 1). En studie av Dreyer et al. (2016) påpeker at forskning på sykepleiers funksjoner i møte med pasienter med hjerneslag med svekket livskvalitet er sparsommelig (Dreyer et al., 2016, s. 111).

Det er viktig at pasienter opplever mestringsfølelse i rehabiliteringen fordi det kan bidra til å styrke livskvaliteten. I tillegg viser forskning av pasienter med gjennomgått hjerneslag med høyere grad av mestringsfølelse fungerer bedre i daglige aktiviteter enn de med lav mestringsfølelse. Konsekvensene av at sykepleiere har mindre fokus på dette kan derfor være redusert livskvalitet og dårligere progresjon for pasientene i rehabilitering (Korpershoek et al., s. 1877). Opplevelse av mestringsfølelse er viktig for pasientenes livskvalitet og bør vektlegges i rehabilitering (Helsedirektoratet, 2020, kap. 4.8)

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere spiller en svært viktig rolle i rehabilitering av disse pasientene. Alt i fra medisinbehandling, emosjonell støtte, ernæring og generell bevaring av helse er bare litt av det sykepleiere gjør i møte med pasientene. Behandling av pasienter med hjerneslag er en tidkrevende prosess som krever mye kunnskap, samarbeid og tålmodighet (Korpershoek et al., 2011, s. 1877). For å hjelpe pasientene best mulig kreves det at sykepleiere er faglig oppdatert på pasientgruppen, og at de gjenkjenner utfordringene som sykdommen fører med seg

(Romsland et al., 2018, s. 28). Som sykepleier har man også et ansvar, og et krav, om å utføre faglig forsvarlig sykepleie (NSF, 2023).

Forskning viser at det er behov for at sykepleiere oppnår mer kunnskap om den terapeutiske og mestringsfremmende rollen de har i rehabilitering av pasienter med hjerneslag (Dreyer et al., 2016, s. 111). Annen forskning sier også at sykepleiers rolle i rehabilitering blir omtalt som viktig, men «terapeutisk uspesifikt». Da mestringsarbeid knyttes opp mot terapeutisk arbeid, menes det da at sykepleiers rolle knyttet til mestring ikke vektlegges nok (Tanlaka et al., 2023, s. 764). Som kommende sykepleier ønsker jeg å bidra til at dette fokuseres mer på.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Opgavens problemstilling blir som følger:

«Hvilke faktorer kan bidra til økt mestringsfølelse av ADL-ferdigheter hos pasienter med gjennomgått hjerneslag?»

Problemstillingens hensikt er å få frem ulike måter sykepleier kan bidra til økt mestringsfølelse av ADL-ferdigheter hos pasienter med gjennomgått hjerneslag i rehabilitering. Mitt ønske med problemstillingen er at kunnskapen om pasienter med gjennomgått hjerneslag sine utfordringer knyttet til mestringsfølelse kan økes. Mitt ønske er også at færre pasienter skal kjenne på tapt mestringsfølelse knyttet til ADL-ferdigheter.

1.4 Avgrensninger og presisering av problemstillingen

Problemstillingen tar utgangspunkt i pasienter med gjennomgått hjerneslag som opplever tap av kroppslige funksjoner. Både hjerneinfarkt eller hjerneblødning er aktuelt for å svare på problemstillingen, ettersom at begge tilstander kan medføre tap av kroppslige funksjoner og behov for rehabilitering (Helsedirektoratet, 2020, kap. 1). Oppgaven tar utgangspunkt i pasienter som befinner seg i rehabiliteringsfasen, fordi det er i den fasen sykepleiere jobber mest med mestring (Romsland et al., 2018, s. 51). Pasientene som det tas utgangspunkt i er fra aldersgruppen 18 år og oppover (voksne og eldre). Grunnen til at barn med gjennomgått hjerneslag ikke inkluderes er at de har andre forutsetninger og utgangspunkt, og

rehabiliteringen blir noe annerledes (Romsland et al., 2018, s. 14). Det legges ingen avgrensninger på kjønn, ettersom at begge kjønn kan svare på problemstillingen.

Oppgaven går ikke i dybden på den patofysiologiske prosessen bak hjerneslag, men forklares kort, slik at det gis en forståelse av sykdommens utfordringer. Målrettede treningsformer/behandlinger går ikke inn på, ettersom det fort kan bevege seg inn på de andre tverrfaglige yrkesgruppernes domene (f.eks. fysioterapi eller ergoterapi).

Det tverrfaglige teamet er viktig i rehabilitering av pasienter med hjerneslag, og skal derfor forklares kort (Romsland et al., 2018, s. 80). Men da sykepleie er problemstillingens hovedfokus skal det ikke gås i dybden på dette.

2 Bakgrunn

2.1 Begrepsavklaringer

Hjerneslag vil si akuttstans av blodtilførsel til hjernen, enten som følge av blodpropp (hjerneinfarkt) eller som følge av blødning (hjerneblødning) (Eggen, 2016).

Mestringsfølelse refererer til pasienters evne til å håndtere motgang og utfordringer (Samdal et al., 2017, s. 7). *ADL-ferdigheter* refererer til aktiviteter i dagliglivet som man utfører for å dekke sine grunnleggende behov (f.eks. spising, eliminasjon, personlig hygiene, etc.) (Lerdal & Grov, 2015, s. 831). *Egenomsorg* henger sammen med ADL-ferdigheter og refererer pasientens evne til å ta ansvar for sin egen helse og velvære (Romsland et al., 2018, s. 163). *Målsettinger* innebærer spesifikke mål for pasienten, for å arbeide mot gjenvinning av ADL-ferdigheter (Romsland et al., 2018, s. 70).

2.2 Hjerneslag og rehabilitering

Hjerneslag er en akutt forstyrrelse i blodtilførselen til hjernen, enten forårsaket av en blodpropp eller en blødning. Det fører med seg flere utfordringer, hvor en vanlig utfordring er lammelser i kroppen. Hvor lammelsene oppstår er avhengig av hvor i hjernen skaden inntreffer. Dette kan ofte være på halve siden av kroppen og/eller ansiktet. Mange får også svelgevansker, svekket balanse og talevansker (Helsedirektoratet, 2020, kap. 4).

Hjerneslag er en sykdom som krever akutt behandling på sykehus. Etter akuttbehandling blir pasientene videre henvist til en rehabiliteringsavdeling, enten i spesialisthelsetjenesten eller gjennom kommunen (Helsedirektoratet, 2020, kap. 1). Rehabilitering ble først bestemt som et innsatsområde i 1998 i en stortingsmelding kalt «*Ansvar og meistring*». Stortingsmeldingens hensikt var å fremme pasienters selvstendighet og verdighet gjennom nye behandlingsstrategier (Meld. St.21 (1998-99)).

Å rehabilitere en person som har gjennomgått hjerneslag handler om å jobbe for bedret funksjonsnivå. Målet er å hjelpe pasienten med å gjenvinne tapte funksjoner, og bli mest mulig uavhengig av hjelp. Dette innebærer også å venne pasienten til en ny livssituasjon, og forberede han/hun på å bli reintegrert i samfunnet (Helsedirektoratet, 2020, kap. 4).

2.3 ADL-ferdigheter og egenomsorg

ADL (activities of daily living) omfatter daglige aktiviteter vi utfører for å ivareta vår helse og velvære. Dette aktiviteter som mobilisering, toalettbesøk, spising, dusjing, etc. ADL-ferdigheter, vår evne til å utføre disse aktivitetene, evalueres av helsepersonell ved hjelp av et kartleggingsverktøy ved navn «Barthel ADL-Index» (Lerdal & Grov, 2015, s. 831).

ADL-ferdigheter er tett knyttet til egenomsorg. Egenomsorg innebærer menneskers evne til å ta ansvar for egen helse og velvære (Romsland et al., 2018, s. 163). Pasienter med gjennomgått hjerneslag som mister kroppslige funksjoner har behov for å trene på sine ADL-ferdigheter og egenomsorg (Helsedirektoratet, 2020, kap 4.). Dette planlegges og kartlegges av sykepleier, sammen med pasienten og et tverrfaglig team, ved hjelp av utforming av målsettinger (Romsland et al., 2018, s. 64). *5A's Self-Management Model* er et eksempel på en modell som både implementerer og kartlegger egenomsorgstrening for pasienter med kroniske lidelser (Glasgow et al., 2002, s. 80).

2.3.1 Målsettinger

Mye av det mestringsarbeidet til sykepleiere går ut på innebærer å danne ulike målsettinger sammen med pasientene. Dette er mål som er rettet mot ADL-ferdigheter. Målet er å gjenvinne tidligere funksjon, og at de skal kunne utføre målene selvstendig. Målsettinger kan planlegges med pasientene gjennom samtaler og skjema-ark (Romsland et al. 2018, s. 66). For å sette seg inn i pasientens mål og jobbe med det, er det viktig at sykepleier setter seg inn i hver pasient sine ønsker og utfordringer. Pasientens personlige mål er alltid førende i rehabiliteringsprosessen (Romsland et al., 2018, s. 31). I utformingen av målene skal målene være realistiske, målbare og tidsavgrensede (Romsland et al., 2018, s. 70).

2.3.2 Tverrfaglig samarbeid og sykepleiers rolle

Sykepleiers samarbeid med det tverrfaglige teamet er viktig i rehabilitering og utforming av målsettinger. Teamet består av viktige profesjonsgrupper som blant annet fysioterapeuter, leger, ergoterapeuter og sosionomer (Cavalcante et al., 2018, s. 1431). Avhengig av praksisen på den enkelte avdeling, vil pasienten få forslag til målsettinger av f.eks. fysioterapeut. Her har sykepleier ansvar for å følge opp målene, etter instruksjoner fra fysioterapeut. På den måten blir målsettingene basert på tverrfaglig kunnskap og gir en mer helhetlig tilnærming (Holter, 2015, s. 116).

Sykepleier ser som sagt pasienten oftere enn de andre faggruppene, og har et stort ansvar for å følge opp de ulike målsettingene fra det tverrprofesjonelle teamet (Romsland et al., 2018, s. 83). I en kvalitativ studie om sykepleiers rolle i tverrfaglig rehabilitering uttrykker en rehabiliteringssykepleier: «*Hvis pasienten har en full blære og ikke har spist frokost, så er det ingen vits i at fysioterapeuten skal mobilisere han*» (Dreyer et al., 2016, s. 115). Det er ikke å si at øvrige faggrupper ikke er viktige, men da sykepleier ser pasienten mest i løpet av en dag, så blir oppfølgingen mer omfattende (Dreyer et al., 2016, s. 113).

2.4 Mestring og sykepleiers rolle

Mestring er et viktig begrep både i sykepleiefaget og i hverdagen vår generelt. Essensen av mestring er måloppnåelse og den følelsen vi kjenner på i etterkant. Når vi er i behov for mestring er vi ofte i en posisjon hvor vi opplever motstand. Det kan være fysiske eller psykiske hindringer som gjør det vanskelig å håndtere en situasjon (Samdal et al., 2017, s. 7). Det kan f.eks. også være en vanskelig oppgave på skolen eller på jobb.

I en helsekontekst er mestring ofte forbundet med å tilpasse seg en ny livssituasjon. Dette kan være mennesker som opplever sykdom som snur livet på hodet. Fravær av mestring viser seg ofte i form av håpløshet og stress (Samdal et al., 2017, s. 6). Lo et al. (2022) beskriver mestring i rehabilitering som: «*En persons tro på sin evne til å planlegge og utføre handlinger for å nå sine mål*» (Lo et al., 2022, s. 2).

Når vi er friske er det lett å glemme alle de kroppslige funksjonene vi utfører hver dag. Men når man er blitt hjelpetrengende er dette ofte en stor utfordring som krever mye fysisk og psykisk arbeid. Og det krever som oftest hjelp. (Gro, 2015, s. 42). Tapt mestringsfølelse er nemlig noe som går igjen hos mange pasienter med hjerneslag (Freyer et al., 2016, s. 5).

En av sykepleiernes viktigste jobb i rehabilitering er å fremme mestring. Det handler om å skape et trygt miljø rundt pasienten, hvor pasientens medvirkning er i fokus. Pasientens ønsker og mål skal bli integrert i behandlingsplanen, og brukes til å trene på ADL-ferdigheter. Mestringsarbeidet går også ut på å støtte pasienten i tøffe stunder, og kontinuerlig sørge for at pasienten får riktig informasjon (Romsland et al., 2018, s. 34). Dette innebærer også «realitetsorientering», som vil si at sykepleier skal korrigere pasientens feilaktige

forestillinger av sin situasjon for å sikre mest mulig forutsigbarhet i behandlingen (Kristoffersen, 2021, s. 182).

Mestring kan knyttes opp mot selvstendigjøring. Sykepleiere i rehabilitering tar initiativ til å iverksette aktiviteter som skal gjøre pasientene mer selvstendige i ADL-ferdigheter.

Fremgangsmåten med å jobbe for pasientenes selvstendighet i utførelse av ADL-ferdigheter anses for å være gunstig, både for pasientene, men også for sykepleierne. I forskning kommer det frem at sykepleiere føler en bedre relasjon til pasienten ved bruk av en slik fremgangsmåte (Tanlaka et al., 2023, s. 765).

2.5 Empowerment

Empowerment en teori som skal knyttes til problemstillingen. Empowerment er et verktøy i sykepleie som bidrar til helsefremmende sykepleieutøvelse (Romsland et al., 2018, s. 154). WHO definerer empowerment som: «*En prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse*» (WHO, 1998, s. 6). Empowerment er relevant for oppgavens teoretiske rammeverk fordi det fokuserer på pasienters utfordringer knyttet til håp og mestringsfølelse. I tillegg vektlegger det viktigheten av pasientenes autonomi og rett til medvirkning (Klette et al., 2014, s. 64).

Empowerment brukes mye i rehabilitering. En kjerneverdi i rehabilitering er at pasienten er i kontroll over sin egen behandlingsprosess, hvor sykepleier skal bistå og veilede pasienten underveis. Med andre ord kan dette kalles «myndiggjøring», noe som er kjernen til empowerment (Romsland et al., 2018, s. 152). Som tidligere nevnt er tap av kroppslige funksjoner noe mange pasienter med gjennomgått hjerneslag opplever (Helsedirektoratet 2020, kap. 4). Oppbygning av individuell styrke og selvtillit hos pasienten kan gjøre pasienten i stand til å realisere sine egne ressurser og evner, og dermed ta kontroll over sitt eget liv (Askheim, 2015, s. 36).

Empowerment er ikke bare et verktøy som brukes til å styrke pasientens autonomi og myndighet. Det kan også brukes for å styrke sykepleiers rolle og funksjon. Såkalt «self-empowerment» kan bidra til en refleksjonsprosess som kan bevisstgjøre helsepersonell på utfordringer i sin egen praksis. På den måten kan man si at empowerment har en styrkende funksjon på flere nivåer i helsevesenet (Askheim, 2018, s. 164).

Å bruke empowerment i praksis er ikke basert på et bestemt skjema eller rammeverk. Ifølge Romsland et al. (2018) så kan empowerment benyttes ved å blant annet gi pasienten makt i bestemmelsesprosesser i sin behandling. Med andre ord, tilrettelegge for medvirkning, noe som skal beskrives nærmere i oppgavens juridiske rammer (kap 2.6) (Romsland et al., 2018, s. 152). På bakgrunn av dette er empowerment en relevant teori for å besvare oppgavens problemstilling.

2.6 Juridiske rammer

Som sykepleier i rehabilitering er det flere lover som setter rammer for praksis. Rettighetene til pasientene følger av pasient- og brukerrettighetsloven, og innebærer blant annet pasienters rett til medvirkning, som er viktig i rehabilitering. Den tilsier at pasienter har rett til å medvirke mellom ulike behandlingsmetoder (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Pasienters rett til informasjon er også et viktig punkt i pasient og brukerrettighetsloven (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Helsepersonell sine plikter følger av helsepersonelloven og er svært relevant til problemstillingen. Formålet til helsepersonelloven er blant annet å bidra til pasienters tillit til helsepersonell (helsepersonelloven, 1999, § 1). Sykepleiere plikter blant annet å gi informasjon til den som har krav på helsehjelp (helsepersonelloven, 1999, § 10). Noe som både er en retningslinje, men også et krav, er faglig forsvarlighet. Helsepersonelloven beskriver det slik at helsepersonell skal utøve arbeidet i samsvar med faglig forsvarlighet, ettersom hva som kan forventes av helsepersonellens kvalifikasjoner (helsepersonelloven, 1999, §4). Dette er spesielt relevant for sykepleiere i rehabiliteringsavdeling, ettersom at arbeid med rehabilitering av hjerneslag krever oppdatert kunnskap om pasientgruppen (Romsland et al., 2018, s. 33).

2.7 Etikk og faglige retningslinjer

Som sykepleier jobber man under flere retningslinjer, nasjonale veiledere og plikter. Yrkesetiske retningslinjer fra Norsk sykepleierforbund er et rammeverk som forklarer sykepleiers funksjon og ansvar. Sykepleier skal handle med respekt, omsorg og empati. Punkt 1.11 i retningslinjene er spesielt relevant for sykepleiere i rehabilitering. Det innebærer at sykepleier skal delta aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling, og bidrar til

ivaretagelse av pasientens rett til medbestemmelse. Punkt 1.4 er også relevant, og sier at sykepleieren skal respektere pasientens rett til å selv foreta valg. Punkt 2.5 er viktig for å beskrive sykepleiers ansvar om å holde seg faglig oppdatert (NSF, 2023).

Helsepersonell bør ha felles forståelse og kunnskap om sine roller, noe som er spesielt viktig i tverrfaglig samarbeid og rehabilitering. En av Helsedirektoratets nasjonale veiledere vektlegger at en felles forståelse av roller avgjørende for god samhandling mellom teamet og dermed god behandling av pasientene (Helsedirektoratet, 2018).

2.7.1 Personsentrert og omsorgsfull sykepleie

I rehabilitering har sykepleier et etisk ansvar om å ivareta pasienten i den prosessen hen befinner seg i. Dette innebærer blant annet å se pasientens helhetlige situasjon og se pasienten som menneske (Romsland et al., 2018, s. 12). Dette inngår i det man kaller personsentrert og omsorgsfull sykepleie.

Personsentrert og omsorgsfull sykepleie er et sentralt begrep i sykepleiefaget. Begrepet er relevant for oppgavens problemstilling fordi pasienter med gjennomgått hjerneslag, som alle mennesker, er i behov for å bli sett og forstått. Spesielt når pasienter opplever funksjonstap, er man sårbar, og i behov for omsorg (Korpershoek et al., 2011, s. 1877).

Forutsetningene til utførelsen av personsentrert sykepleie er blant annet relasjonen mellom sykepleier og pasient. At sykepleier setter seg inn i pasientens utfordringer, meninger og følelser er vesentlig for å kunne danne en god relasjon (Eriksen, 2015, s. 899). I tillegg er tilstedeværelse fra sykepleier og kommunikasjon en viktig faktor for å danne en god relasjon. Utøvelse av personsentrert og omsorgsfull sykepleie kan føre til positive resultater. At pasienten føler seg ivaretatt, sett, og forstått er bare noen av de positive funksjonene (Eriksen, 2015, s. 900).

3 Metode

3.1 Generell litteraturstudie

Oppgaven bruker generell litteraturstudie som metode. Generell litteraturstudie handler om å analysere utgitt forskning om et bestemt tema. Hensikten med det er å beskrive den nåværende kunnskapen om et emne, og trekke slutninger basert på annen relevant teori. Fordelen med denne metoden er at det gir et godt overblikk over eksisterende forskning. Metoden er også velegnet når man skal kartlegge trender eller gap i eksisterende forskning. (Popenoe et al., 2021, s. 175).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

I fjorårets bachelorforberedende fag startet jeg med et ustrukturert innledende søk, hvor jeg brukte Google Scholar og PubMed som databaser. I det ustrukturerte søket fant jeg fram til den ønskede tematikken og konteksten problemstillingen skulle være i.

I bacheloroppgaven gikk jeg videre med strukturert søk, hvor jeg har brukt Cinahl og Medline som databaser. Jeg brukte én kombinasjon av søkeord i både Cinahl og Medline for å finne de fire artiklene. Tre artikler ble brukt fra Cinahl, og én ble brukt fra Medline.

Jeg brukte ulike MESH-ord for å finne forskningsartikler som omhandlet hjerneslag. Søkeordene var stroke, rehabilitation, nurs*, activities of daily living, motivation, self-efficacy, experience* og goal-setting. Jeg kombinerte disse søkeordene med “AND” og “OR” for å både spisse og utvide søkeresultatene (se tabell for søkehistorikk 3.2.2.). «Nurs*» var et nøkkelord som ble brukt for å få resultater med sykepleiefaglig relevans, og «experience*» ble brukt for å få kvalitative forskningsresultater.

Ulike avgrensninger ble også gjort for å forme søkeresultatene. Avgrensningene jeg gjorde var blant annet å kun ta med engelsk- og skandinavisk-språklige artikler. I tillegg gjorde jeg en avgrensning på utgivelsesår fra 2013 til i dag, for å sikre oppdatert kunnskap. Inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 3.2.1), samt søkehistorikk (tabell 3.2.2), presenteres i tabellene nedenfor:

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Empiriske studier	Litteraturstudier Case-studier
Sykepleier- eller pasientperspektiv	Andre faggruppers perspektiv – f.eks. fysioterapeut, ergoterapeut, etc.
Rehabiliteringsfasen	Andre behandlingsfaser enn rehabilitering
Voksne fra 18 år og eldre	Barn
Utgitt etter 2013	Utgitt før 2013

3.2.2 Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	Medline, 16/11-23	Cinahl, 18/11-23
Søkeord og kombinasjoner	((MH “Stroke+”) AND MH “Rehabilitation+”) AND “Nurs*”) AND (MH “Activities of Daily Living+” OR MH “Motivation+” OR MH “Self-Efficacy” OR “Experience*” OR MH “Goal-Setting”)	((MH “Stroke+”) AND MH “Rehabilitation+”) AND “Nurs*”) AND (MH “Activities of Daily Living+” OR MH “Motivation+” OR MH “Self-Efficacy” OR “Experience*” OR MH “Goal-Setting”)
Avgrensinger i søket	Tid: Publisert etter 2013 Språk: Engelsk & Skandinavisk Andre avgrensinger: Forskningsartikler	Tid: Publisert etter 2013 Språk: Engelsk & Skandinavisk Andre avgrensninger: Forskningsartikler
Antall treff totalt	190	105
Antall gjennomleste titler	190	105
Antall gjennomleste abstrakt	35	30
Antall gjennomleste fulltekstartikler	13	10
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	5	3
Inkludert artikkel nummer 1	Amiri, F.S., Abolhassani, S., Alimohammadi, N. & Roghani, T. (2022). Investigating the effect of self-management program on stroke’s patients’ self-efficacy. <i>BMC Neurology</i> , 22(360), 1-10	

Inkludert artikkel nummer 2		Kitson, A.L., Dow, C., Calabrese, J.D., Locock, L. & Athlin, Å.M. (2013). Stroke survivors' experience of the fundamentals of care: A qualitative analysis. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 50(3), 392-403
Inkludert artikkel nummer 3		Loft, M.I., Martinsen, B., Esbensen, B.A., Mathiesen, L.L., Iversen, H.K. & Poulsen, I. (2019). Call for human contact and support: an interview study exploring patients' experiences with inpatient stroke rehabilitation and their perception of nurses' and nurse assistants' roles and functions. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 41(4), 396-404
Inkludert artikkel nummer 4		Loft, M.I., Esbensen, B.A., Kirk, K., Pedersen, L., Martinsen, B., Iversen, H., Mathiesen, L.L. & Poulsen, I. (2018). Nursing staffs self-perceived outcome of a rehabilitation 24/7 educational programme – a mixed methods study in stroke care. <i>BMC Nursing</i> , 17(17), 1-13

3.3 Øvrig fag og forskningslitteratur

I bruk av øvrig litteratur har jeg valgt ulike bøker og forskningsartikler av forfattere som har kunnskap innenfor emnet. Bøkene jeg har valgt i øvrig litteratur er norske og fokuserer blant annet på sykepleiere i møte med rehabilitering av hjerneslag, mestringsarbeid og empowerment. Øvrige forskningsartikler ble brukt for å belyse sykepleier- og pasientperspektiver. Bøkene ble funnet blant annet gjennom Oria (LDHs søkemotor), pensumlitteratur og ustrukturerte Google-søk. Øvrige artikler ble funnet gjennom databaser som Cinahl, Medline og Google-Scholar.

Boken *Sykepleie og rehabilitering* av Romsland et al. (2018) har vært en god kilde til kunnskap om rehabilitering og mestringsarbeid. Askheims *Empowerment i Helse- og sosialfaglig arbeid* (2015) ble også brukt. Boken er spesielt relevant for min problemstilling

fordi den går i dybden på empowerment som verktøy i helsearbeid. Bind 2 og 3 av *Grunnleggende sykepleie* av Kristoffersen et al. (2021) har også blitt brukt for å presisere sykepleiers funksjon i mestringsarbeid.

Øvrige forskningsartikler, som f.eks. Dreyer et al. (2016) og Lawler et al. (1999), har vært gode kilder til å få frem sykepleiere og pasienters egne opplevelser.

Øvrige nasjonale veiledere, retningslinjer og lover har jeg også benyttet. Nasjonalt faglige retningslinjer og veiledere fra Helsedirektoratet har vært nyttige informasjonskilder for å beskrive retningslinjer for rehabilitering av hjerneslag (Helsedirektoratet, 2020). Yrkesetiske retningslinjer fra Norsk Sykepleierforbund har blitt brukt for å presisere sykepleiers funksjon og ansvar (NSF, 2023). Folkehelseinstituttet har vært en god plattform for å hente statistikk om hjerneslag og rehabilitering. Relevante lover og forskrifter fra Lovdata har bidratt til å beskrive juridiske rammer for praksis.

4 Resultater

I dette kapittelet skal jeg presentere de fire forskningsartiklene som er inkludert i det strukturerte søket. På neste side blir artiklene presentert i en artikkelmatrise:

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekklister
Amiri et al., 2022, Iran	Investigating the effect of self-management program on stroke's patient's self-efficacy	Evaluere effekten av et egenomsorgsprogram på pasienter med gjennomgått hjerneslags mestringsfølelse, samt belyse helsepersonells funksjon i møte med pasientgruppen.	Klinisk studie. Kvantitativ og kvalitativ metode. 72 pasienter i to grupper (en kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe). Statistikk hentet fra tester (Barthel Index & Jones Self-efficacy questionnaire). I løpet av tre måneder: Intervensjonsgruppen fikk et målrettet egenomsorgsprogram og kontrollgruppen fikk ordinær oppfølging.	Intervensjonsgruppen scoret høyere på mestringsfølelse enn det kontrollgruppen gjorde, etter intervensjonene var gjennomført. Kartlegging av mestringsfølelse er viktig for pasientenes evne til å nå mål. Å implementere et egenomsorgsprogram til pasientene kan øke mestringsfølelse av pasientenes ADL-ferdigheter. Sykepleiere spiller en viktig rolle i rehabilitering og bør implementere dette i behandling.	7/9 poeng. Vedlegg 1
Kitson et al., 2013, Australia	Stroke survivor's experiences of the fundamentals of care: A qualitative analysis	Undersøke pasienter med gjennomgått hjerneslag sine opplevelser av behandlingen sin i rehabilitering, med Fundamentals of Care som utgangspunkt.	Kvalitativ metode. Sekundæranalyse av 12 kvalitative intervjuer av pasienter. Intervjuene ble utført av to av forfatterne.	Pasienter med gjennomgått hjerneslag hadde i stor grad negative opplevelser av helsehjelpen de fikk. I tillegg til en dårlig relasjon til sykepleierne, noe som påvirket fremgangen til pasientene	9/9 poeng. Vedlegg 2

				negativt. Målsettinger var lettere å nå dersom de var små og realistiske. Å trene på egenomsorg var viktig for mestringsfølelse, men lite fulgt opp av sykepleiere.	
Loft et al., 2018, Danmark	Nursing staffs self-perceived outcome from a rehabilitation 24/7 educational programme – a mixed methods study in stroke care	Undersøke sykepleieres oppfattelser av deres funksjon og rolle i arbeid med pasienter med gjennomgått hjerneslag, med “rehabilitation 24/7” (underservisningsprogram) som utgangspunkt.	Kvalitativ og kvantitativ metode. Mixed method studie med spørreundersøkelser og semi-strukturerte intervjuer.	Kvalitative og kvantitative resultater viste at undervisningsprogrammet styrket sykepleiers kunnskap om funksjon og roller. Viste også sykepleieres ulike oppfattelser av rehabiliteringsarbeidet, blant annet mestringsarbeid i ADL.	9/9 poeng. Vedlegg 3
Loft et al., 2019, Danmark	Call for human contact and support: an interview study exploring patients’ experiences with inpatient stroke rehabilitation and their perception of nurses’ and nurse’s assistant’s roles and functions.	Å beskrive pasienter med gjennomgått hjerneslag sine opplevelser av rehabiliteringen og deres forhold til sykepleiere og sykepleier-assistenten, under rehabiliteringsoppholdet.	Kvalitativ metode. 10 kvalitative intervjuer med pasienter ble utført. Deretter transkribert og analysert.	Pasienter trengte tilstedeværelse fra sykepleiere, men opplevde det som mangelfullt. Pasienter følte seg alene i trening på egenomsorg. Pasientene hadde ulike opplevelser av behandlingen fra sykepleierne. Sykepleiers rolle i rehabiliteringen var uklart for flere av pasientene, noe som påvirket mestringsfølelse negativt.	9/9 poeng. Vedlegg 4

4.2 Syntese av resultatene

Resultatene er med på å belyse ulike faktorer som påvirker mestring av ADL-funksjoner hos pasienter med gjennomgått hjerneslag som er under rehabilitering. En av artiklene vektlegger positive faktorer for mestringsfølelse i ADL ved å bruke én fremgangsmåte, som var tilrettelegging av et egenomsorgsprogram. Resultater fra kvantitative viste økt funksjonsnivå og økt mestringsfølelse i etterkant av implementeringen. Viktigheten av sykepleiers rolle i dette blir også belyst.

Videre er det resultater som viser negative pasientopplevelser knyttet til mestringsfølelse av ADL-ferdigheter. Resultatene viser mangel på tilstedeværelse fra sykepleiere i rehabiliteringen, og pasienters egne meninger til hvordan ting burde gjøres. At sykepleiers rolle i rehabilitering blir uklar viser seg å være et problem for flere pasienter, noe som påvirket deres progresjon i rehabiliteringen. Problemområder som lite tilstedeværelse og ulike oppfattelser av rollefunksjon er resultater som går igjen i alle artiklene. I tillegg er målsettinger, og at de dannes realistisk, et viktig aspekt i resultatene.

Utforming av realistiske målsettinger, sykepleiers tilstedeværelse, tilrettelegging for trening på egenomsorg og sykepleiers rolle er derfor temaene jeg ønsker å drøfte i resultatdiskusjonen.

5 Diskusjon

Problemstillingen jeg ønsker å svare på er som følger:

«Hvilke faktorer kan bidra til økt mestringsfølelse av ADL-ferdigheter hos pasienter med gjennomgått hjerneslag?»

5.1 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen forsøker jeg å svare på problemstillingen, i lys av resultatene fra de valgte forskningsartiklene. Jeg skal også ta utgangspunkt i oppgavens etiske, juridiske og teoretiske rammer, som ble presentert i bakgrunnskapittelet (kap. 2). Funnene fra artiklene skal styre diskusjonen. Strukturen på resultatdiskusjonen er tematisk lagt opp. Den vil altså følge den samme tematiske rekkefølgen som bakgrunnskapittelet. Jeg først vil presentere mine funn, deretter se funnene i sammenheng med andre studier, og til slutt trekke egne slutninger.

5.2 Realistiske målsettinger

Som nevnt i bakgrunnskapittelet er utforming av målsettinger en viktig del av rehabiliteringen av pasienter med hjerneslag (kap. 2.3.1). Målsettingene utformes av sykepleier og det tverrfaglige teamet, sammen med pasienten, og skal være individuelt tilpasset, realistiske og målbare. Måloppnåelsen evalueres av sykepleieren, sammen med pasienten, for å vurdere effekten (Romsland et al., 2018, 70-74). Målsettinger er basert på mestring av ADL-ferdigheter (Lerdal & Grov, 2015, s. 830).

I Kitson et al. (2013) kommer det frem at pasienter hadde positive opplevelser knyttet til trening på ulike mål. Det kommer blant annet frem at de målsettingene som pasientene opplevde som mestringsfremmende i ADL, var små og realistiske mål. Et eksempel på noen av disse målene var å klare å vaske seg selv, eller å pusse tenner selv (Kitson et al., 2013, s. 397-398). En pasientene i Loft et al. (2019) sin studie uttrykker blant annet å øve på å flytte seg fra stol til seng var en viktig målsetting (Loft et al., 2019, s. 400).

Da resultatene fra Kitson et al. (2013) og Loft et al. (2019) antyder at utforming av realistiske målsettinger er nødvendig for å nå målene, legger Amiri et al. (2022) derimot vekt på at hvis pasientene skal kunne nå målene, så er det essensielt at pasientene kjenner på

mestringsfølelse. Og på bakgrunn av det så konkluderer Amiri et al. (2022) at det er viktigst at sykepleiere i rehabilitering kartlegger mestringsfølelse ofte. Både før, under og etter utformingen av målsettingene (Amiri et al., 2022, s. 2).

Hvis målsettingene blir utformet realistisk, så er dette en faktor som virker positivt på pasienters mestringsfølelse av ADL-ferdigheter (Loft et al., 2019 & Kitson et al., 2013). Amiri et al. (2022) sine resultater strider ikke nødvendigvis i mot dette, men belyser at økt mestringsfølelse er nødvendig for å kunne nå målene og må kartlegges i forkant, under og etter utforming av målsettingene (Amiri et al., 2022, s. 2). Essensen av det som blir presentert i artiklene er likevel at realistiske målsettinger er viktig for at pasienten skal kunne nå målsettingene sine, og dermed oppleve økt mestringsfølelse i ADL-ferdighetene.

At realistiske målsettinger er viktig for rehabilitering og mestring av ADL-ferdigheter er det flere andre som også mener. Romsland et al. (2018) påstår at hvis pasienten hjelpes til å sette realistiske og meningsfulle mål kan det være betydningsfullt for pasientens opplevelse av mestring. Ikke bare kan det bidra til involvering av pasienten, men det kan også gjøre det lettere for pasienten å akseptere at sykdommen er en del av livet (Romsland et al., 2018, s. 129). Gjennom sykepleier- og pasientintervjuer belyste Lawler et al. (1999) blant annet utfordringer sykepleiere opplever i planlegging av målsettingene. En sykepleier forklarer at planleggingen av realistiske målsettinger er vanskelig, og legger til: *«Det var en pasient som ikke ville realitetsorienteres, uansett hvor mye man prøvde. Hun var både fysisk og psykisk preget av et alvorlig hjerneslag, men spurte stadig om når hun kunne gjenvinne all funksjon. Derfor er det vanskelig å planlegge målsettinger»* (Lawler et al., 1999, s. 405).

Dette er med på å belyse hvordan tap av funksjon kan påvirke mestringsfølelse og generell livskvalitet hos pasientene, i tillegg til det krevende arbeidet som sykepleiere i rehabilitering ofte står i. Men det understreker også viktigheten av pasientens rett til informasjon. Selv om det kan være vanskelig for sykepleiere å gi tøffe beskjeder, har pasienten likevel rett til, og bruk for, informasjon om sin helsetilstand (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Man kan da også vise til helsepersonelloven § 10 «Informasjon til pasienter», som sier at helsepersonell skal gi informasjon til den som har krav på det (helsepersonelloven, 1999, § 10).

Ifølge Romsland et al. (2018) er dannelse av realistiske målsettinger også en forutsetning for at målsettingene blir individualiserte og dermed personsentrert (Romsland et al., 2018, 71).

Personsentrert sykepleie henger derfor sammen med dannelse av realistiske målsettinger, fordi det tar utgangspunkt i den enkelte pasients forutsetninger (Eriksen, 2015, s. 899). På bakgrunn av dette kan man også fremheve punkt 1.1 i sykepleiers yrkesetiske retningslinjer som blant annet sier: «*Sykepleier har ansvar om å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg og understøtter menneskets ressurser*» (NSF, 2023).

Resultatene underbygger også viktigheten av empowerment som verktøy. Empowerment i helse handler blant annet om å mobilisere pasientens styrker og ressurser. Askheim (2015) trekker blant annet frem at helsepersonell bør gjøre skjønnsmessige vurderinger ved bruk av empowerment. Det innebærer at pasienter har ulike forutsetninger, noe som skal tas hensyn til når man bruker empowerment (Askheim, 2015, s. 117). Sykepleieren støtter pasientens vilje og makt til å ta egne avgjørelser for å nå sine mål. Når pasienten medvirker på denne måten blir hen også mer bevisst på de valgene som tas, og tar ansvar for dem (Romsland et al., 2018, 152).

Min erfaring fra praksis som sykepleierstudent var at sykepleierne i stor grad var opptatt av at målsettingene skulle skreddersys til enhver pasient. Dette innebar blant annet å utforme målsettingene etter hva som var oppnåelig for den enkelte pasienten. Min erfaring fra praksis var at pasientene uttrykte at de kjente spesielt på positiv fremgang i ADL-ferdigheter når målsettingene var realistiske og oppnåelige.

Resultatene samlet fremlegger at utforming av realistiske målsettinger, er av betydning for pasientenes evne til å oppnå økt mestringsfølelse i ADL-ferdigheter. Øvrig forskning belyser samtidig at sykepleiere opplever det som krevende å planlegge realistiske målsettinger med pasientene, fordi pasientene ofte har det vanskelig med å tenke realistisk, ofte på grunn av at de er psykisk preget av det som har rammet dem. Det gjeldende lovverket samsvarer med øvrig litteratur og pasientopplevelser.

På bakgrunn av resultatene, sammenlignet med øvrig litteratur og gjeldende lovverk, vurderer jeg *realistiske målsettinger* som en betydningsfull faktor for pasienter med gjennomgått hjerneslags mulighet til å oppnå økt mestringsfølelse av ADL-ferdigheter.

5.3 Tilstedeværelse, en avgjørende faktor for mestring?

Årlig opplever i gjennomsnitt 4000 norske innlagte slagpasienter varig funksjonshemming. Da funksjonshemmingen er avhengig av hvilken del av hjernen som blir rammet, er halvsidig lammelse, svekket balanse og svelgevansker en av de vanligste. Dette påvirker deres evne til å selvstendig utføre ADL-funksjoner, og mange blir hjelpetrengende (Helsedirektoratet, 2020, kap.1). Når man er hjelpetrengende vil det si at man ikke lenger klarer å utføre ADL-funksjoner, for å ivareta sine grunnleggende behov. Da befinner man seg i en sårbar posisjon, og mange kan føle seg som en byrde eller at man er til bry (Gro, 2015, s. 42-43).

I intervjuer av pasienter med gjennomgått hjerneslag fra Loft et al. (2019) kom det blant annet frem at noen pasienter opplevde at det var mangel på daglig støtte og tilstedeværelse fra sykepleiere i både planlegging og utførelse av målsettinger. Da de ble spurt, uttrykte flere pasienter at få sykepleiere spurte dem om deres personlige mål for rehabiliteringen. Én pasient uttrykte også: «*Sykepleierne hjelper oss ingenting med utforming av målsettingene, jeg har ikke sett det mens jeg har vært på rehabiliteringsavdelingen*». En pasient legger også til at de få sykepleierne som tok initiativ til å planlegge målsettinger med pasientene, gjorde det på en streng og kommanderende måte (Loft et al., 2019, s. 401). På bakgrunn av dette konkluderer Loft et al. (2019) blant annet med at menneskelig kontakt og tilstedeværelse var en nødvendig faktor for å øke mestringsfølelse og motivasjon hos pasientene i ADL-funksjoner (Loft et al., 2019, s. 398).

I intervjuer av pasienter med gjennomgått hjerneslag fra Kitson et al. (2013) kommer det frem pasientopplevelser som til dels samsvarer med pasientopplevelsene fra Loft et al. (2019). I mobilisering og utførelse av ADL uttrykte flere pasienter at fysioterapeuter var mer tilstede enn sykepleiere. I tillegg følte flere at de var alene i målsetningsprosessen, noe som opplevdes som demotiverende (Kitson et al., 2013, s. 397). På den andre siden var det pasienter som opplevde at de ble godt ivaretatt av helsepersonellet. Noen pasienter uttrykket at de følte seg sett og at sykepleier tok initiativ til å planlegge og bistå i utførelse av målsettinger (Loft et al., 2019, s. 402).

I en studie av Dreyer et al. (2016) trekkes det frem sykepleieres perspektiv. De negative pasientopplevelsene av sykepleiers mangelfulle tilstedeværelse kan knyttes opp mot sykepleieres perspektiv. I intervjuer uttrykker sykepleiere blant annet at pasientrelasjonen er grunnlaget for kvaliteten til rehabiliteringen. En sykepleier sier at man i bistand av ADL-

funksjoner må kjenne pasienten og hans behov, for å kunne danne et håp om bedring. En annen sykepleier legger at å ta seg god tid og være tilstede når fremgangen til pasienten går sakte, er viktig for pasientens mestring av ADL-funksjoner (Dreyer et al., 2016, s. 113-114).

Forskningsresultatene fra Loft et al. (2019) og Kitson et al. (2013) samsvarer også med øvrig litteratur. Grov (2015) forklarer tydelig viktigheten av et godt samspill mellom sykepleier og pasient. Hvis sykepleier utvikler en dialog med pasienten har sykepleier et godt grunnlag for å danne individualiserte mestringsstrategier. En god relasjon kan altså virke positivt på pasientens evne til å utvikle gode mestringsstrategier (Grov, 2015, s. 44-47). Helgesen underbygger også dette ved å beskrive sosial kontakt som en forutsetning for trygghetsfølelse hos pasienten. Ved å være tilstede kan man motvirke utrygghet og dermed fremme mestring (Helgesen, 2021, s. 490).

I Norge omfattes pasienter med gjennomgått hjerneslag av pasient- og brukerrettighetsloven (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3 første ledd bokstav a). Lovens formål er blant annet å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten. At dette er sentrale hensyn i loven, er med på å styrke pasientenes rett til omsorgsfull helsehjelp (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1 annet ledd). Tilstedeværelse er et viktig aspekt i pasient- og sykepleierrelasjonen og i det å skape tillit. I rehabilitering og trening på ADL-ferdigheter er tilstedeværelse fra sykepleier viktig (Romsland et al., 2018, s. 124). Til tross for dette viser likevel majoriteten av pasientopplevelsene at pasientene ikke fikk den tilstedeværelsen fra sykepleierne som de har krav på.

Tilstedeværelse fra sykepleier henger sammen med utøvelse av personsentrert- og omsorgsfull sykepleie (Eriksen, 2015, s. 900). Denne mangelen på tilstedeværelse fra sykepleier som pasienter uttrykker kan man altså knytte opp til sykepleiers yrkesetiske retningslinjer, som blant annet sier at sykepleier har ansvar om å yte omsorgsfull sykepleie. Sykepleier skal også ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg, og understøtte mestring og håp (NSF, 2023). Ut i fra resultatene kan det tyde på at de aktuelle sykepleierne ikke har handlet etter ansvaret sitt, noe som blant annet førte til at pasientenes mestringsfølelse av ADL-ferdigheter ble negativt påvirket.

Det kan være flere årsaker til at disse pasientopplevelsene var ulike. En mulig årsak til ulike opplevelser kan være at sykepleiers oppfattelse av sin egen rolle i rehabilitering blir tvetydig eller misforstått (Kitson et al., 2013, s. 402). På bakgrunn av resultatene, rammefaktorene og

mine egne erfaringer fra praksis, kan dette gi en antydning til at tilstedeværelse er en betydelig faktor for pasienters mestringsfølelse av ADL-ferdigheter.

5.4 Tilrettelegging for trening på egenomsorg

Egenomsorg, beskrevet mer detaljert i kapittel 2.3, henger tett sammen med ADL-ferdigheter. Pasienter med gjennomgått hjerneslag trenger ofte assistanse til å utføre egenomsorg for å kunne bli selvstendig i ADL-ferdigheter. Og selvstendighet er et viktig mål i rehabilitering (Romsland et al., 2018, s. 27).

I Amiri et al. (2022) begrunnes det at tapt mestringsfølelse på grunn av tapt funksjon er betydningsfulle utfordringer hos pasienter med gjennomgått hjerneslag. Fordi mestringsfølelse er såpass tett knyttet til evnen vår til å utføre ADL-ferdigheter, så er dette et viktig fokus i rehabilitering. Tapt mestringsfølelse påvirker ikke bare kroppslige funksjoner, men er ofte en inngangsport for psykiske lidelser som angst og depresjon (Amiri et al., 2022, s. 1-2). Videre hevder artikkelen det at det trengs mer fokus på implementering av målrettede egenomsorgsprogram. Det er også lite forskning på effekten av implementering av målrettede egenomsorgsprogram, og hvordan det påvirker pasienters mestringsfølelse av ADL-ferdigheter (Amiri et al., 2022, s. 2).

I studien undersøkes det blant annet hvordan pasientenes mestring påvirkes av tilrettelegging for egenomsorg, på utvalgte sykehus i Iran. Dette ble gjort gjennom en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. De to gruppene bestod totalt av 72 pasienter med gjennomgått hjerneslag, 36 i hver gruppe. Den ene gruppen fikk et målrettet egenomsorgsprogram basert på *5A's Self-Management Model* (Amiri et al., 2022; Glasgow et al., 2002), og den andre fikk ikke. Begge gruppene gjorde tester som kartla både mestringsfølelse og funksjonsnivå før, under og etter implementeringen av egenomsorgsprogrammet (Amiri et al., 2022, s. 1). Resultatene fra Amiri et al. (2022) viste at den ene gruppen som fikk egenomsorgsprogrammet scoret høyere på mestringsfølelse, enn gruppen som ikke fikk det. På bakgrunn av dette konkluderer artikkelen med at tilrettelegging for egenomsorg og implementering av målrettede egenomsorgsprogram er en effektiv faktor for økt mestringsfølelse i rehabilitering (Amiri et al., 2022, s. 9).

Ifølge Loft et al. (2019) var det flere pasienter som selvstendig eksperimenterte med trening i egenomsorg. I motsetning til deltakerne i Amiri et al. (2022) sin studie som fikk et egenomsorgsprogram som var målrettet og oppfulgt av sykepleier, fikk ikke deltakerne i Loft

et al. (2019) noe oppfølging av sykepleier. Da en pasient ble spurt om hvem som fulgte henne opp i egenomsorgstreningen, sa hun sitt eget navn, og la til: *«Jeg vil si det er bare jeg som passer på meg selv i treningen på egenomsorg»*. Til tross for at pasienten ikke opplevde noe oppfølging fra sykepleier i egenomsorgstreningen, mente hun likevel at treningen var en stor kilde til mestringsfølelse (Loft et al., 2019, s. 401). Lignende pasientopplevelser blir presentert i Kitson et al. (2013), hvor en pasient forklarer: *«Da de (sykepleierne) kom inn med et vaskevannsfat, såpe og et håndkle og lot meg vaske meg selv, var dette et vendepunkt. Det føltes fantastisk»*. Pasienten forklarer at egenomsorgen var en mestringsfremmende faktor for hans rehabilitering, men at sykepleierne sjeldent prioriterte dette. Ofte var det pårørende som tok saken i egne hender (Kitson et al., 2013, s. 398).

Dette funnet kan ses ut i fra Romsland et al. (2018), som blant annet vektlegger selvstendig ADL-trening som viktig for økt mestringsfølelse. Gjennom sykepleieres arbeid med å styrke pasientens egenomsorgsferdigheter, styrker de også samtidig pasientens mestring i nye funksjoner (Romsland et al., 2018, s. 199). Kristoffersen (2021) belyser at det er viktig at sykepleier tar initiativ til å undervise og veilede pasienten i dette. Det innebærer at sykepleier skal følge pasienten opp under trening på egenomsorg (Kristoffersen, 2021, s. 268). Sykepleier på rehabiliteringsavdeling bidrar til at egenomsorgen ivaretas, noe som styrker pasientens evne til å bli selvstendig, og som dermed bidrar til økt mestringsfølelse (Romsland et al., 2018, s. 164-165).

Å tilrettelegge for at pasienter får mulighet til å trene på selvstendig utførelse av egenomsorg kan knyttes opp til pasientens rett til medvirkning fordi pasienten da kan ta egne valg og vurderinger i sin behandling (Romsland et al., 2018, s. 63). Dette kan videre knyttes opp mot pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Pasienter har rett til å medvirke i valg av tilgjengelige behandlingsmetoder (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Selvstendig utføring av egenomsorg er et mål i rehabiliteringssykepleie som har stor betydning for pasientens autonomi (Skaug, 2021, s. 404). I trening på egenomsorg tar pasienten kontroll over kroppen sin og bestemmer hvordan ting skal gjøres. Dette kan ses på som myndiggjøring, og kan derfor sammenlignes med empowerment-verktøyet (Askheim, 2015, s. 11). Når sykepleiere tilrettelegger for egenomsorgstrening, mobiliserer de pasientenes styrke i ADL-ferdigheter, og da bruker de også empowerment-verktøyet aktivt (Askheim, 2015, s. 67).

Å jobbe for at pasienter skal oppnå mest mulig autonomi er også tilstede i sykepleiers yrkesetiske retningslinjer punkt 1.4, som sier at sykepleieren skal respektere pasientens rett til å selv foreta valg. I tillegg henger dette sammen med punkt 1.1, som sier at sykepleier skal ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg og understøtte pasientens ressurser og mestring (NSF, 2023). Ut i fra pasientopplevelsene viser det blant annet at enkelte sykepleiere mulig ikke har vært flinke nok til å følge opp eller tilrettelegge for egenomsorgstrening, noe som kan motstride sykepleiers yrkesetiske retningslinje om å understøtte pasientens mestring.

Tilrettelegging for trening på egenomsorg kan også knyttes opp mot personsentrert- og omsorgsfull sykepleie. Da trening på egenomsorg gir pasienten makt over egen behandling, betyr også dette at pasientens forutsetninger og utfordringer kommer i fokus. På den måten blir rehabiliteringen personsentrert (Eriksen, 2015, s. 899).

I min praksis som sykepleierstudent på en rehabiliteringsavdeling fikk jeg se hvordan sykepleierne på avdelingen forholdt seg til pasientenes trening på egenomsorg. Sykepleierne var svært opptatt av at dette ble fulgt opp, og at pasientene fikk riktig informasjon om hvordan treningen skulle gjøres. Treningen var individualisert, som vil si at rådene de fikk var tilpasset den enkelte pasientens forutsetninger og utfordringer. Pasientene var tydelig lykkelige når de opplevde fremgang i dette, som de selv snakket om jevnlig. Etter mine erfaringer som sykepleierstudent i praksis forstod jeg at tilretteleggingen for dette og oppfølgingen virket positivt for pasientenes mestringsfølelse av ADL-ferdigheter.

I resultatene kommer det frem at pasienter føler seg mer selvstendig, og føler på økt mestring av ADL-ferdigheter, når de utfører egenomsorg. Men at dette blir tilrettelagt for og fulgt opp av sykepleier, viste seg for flere pasienter å være et savn. Etter sammenligning av de ulike pasientopplevelsene, resultatene fra Amiri et al. (2022), øvrig litteratur og mine egne opplevelser fra praksis, kan det antas at tilrettelegging for selvstendig utførelse av egenomsorg er en avgjørende faktor for økt mestringsfølelse av ADL-funksjoner.

5.5 Rolledefinerings

Sykepleiers spesifikke funksjon og rolle i rehabilitering av pasienter med gjennomgått hjerneslag er forklart i bakgrunnskapittelet. Oppsummerende er rollen til sykepleier å bistå pasienten i arbeidet for gjenvinning av funksjon (Romsland et al., 2018, s. 11). I tillegg peker forskning på at økt forståelse av sykepleieres funksjon og rolle, sjeldent sees i sammenheng med pasientenes fremgang i rehabiliteringen (Tanlaka et al., 2023, s. 764).

I artikkelen til Loft et al. (2018) undersøkes det sykepleieres oppfattelser av sin rolle og funksjon. Metoden for datasamling var en egen-produsert undervisningsmetode kalt «Rehabilitation 24/7», som ble brukt for å undervise sykepleiere på rehabiliteringsavdeling (Loft et al., 2018, s. 2). Intervjuer ble også foretatt, som blant annet beskriver sykepleiernes egne oppfattelser på hvilken rolle de spiller i rehabiliteringen.

Sykepleierne fra studien til Loft et al. (2018) oppgir i etterkant av undervisningen at de hadde glemt hvor viktige noen av arbeidsoppgavene var for pasientenes mestring. Rolleforståelsen gjorde sykepleierne mer bevisst på oppgavene sine, spesielt i arbeid med pasientenes mestring av ADL-funksjoner (Loft et al., 2018, s. 9). Resultatene i Kitson et al. (2013), som fokuserer på pasient-opplevelser, kommer blant annet frem til at negative pasientopplevelser mulig påvirkes av mangel på rolleforståelse hos sykepleiere. Sykepleiere må ha et mer helhetlig blikk når det kommer til funksjonen sin, for å sørge for best mulig rehabilitering (Kitson et al., 2013, s. 402). Resultatene fra Loft et al. (2019) viser at pasienter med gjennomgått hjerneslag i rehabilitering opplevde sykepleierne som imøtekommende, men at sykepleiernes funksjon på rehabiliteringen var uklar (Loft et al., 2019, s. 403). Med tanke på sykepleiers involvering i pasientenes trening på ADL-ferdigheter, var det fortsatt usikkerhet rundt hva som var sykepleiers oppgave. En pasient sier: «*Jeg vet ikke om sykepleierne deltar så mye i treningen med ADL, men de vet når jeg skal til fysioterapeut eller ergoterapeut*» (Loft et al., 2019, s. 400). Resultatene fra Loft et al. (2019) belyser at sykepleiers rolle mulig blir diffus.

Disse funnene samsvarer med øvrig forskning av Dreyer et al. (2016), hvor sykepleiere svarer på viktigheten med å forstå sin rolle. En sykepleier uttrykker: «*Sykepleiere må anerkjenne viktigheten av rollen sin. Man kan ikke bare tenke at arbeidsoppgavene er viktige fordi du må gjøre dem fordi det er travelt og du må videre til neste oppgave. Man er her for pasienten, for at de skal få best mulig behandling*» (Dreyer et al., 2016, s. 115). I Romsland et al. (2018) beskrives det at, for at pasientene skal nå målene sine i ADL er det viktig at sykepleiere er bevisst på sin faglige rolle og oppdatert i rehabiliteringssykepleie (Romsland et al., 2018, s. 28).

Askheim (2018) presenterer også lignende teorier. Han hevder blant annet at helsepersonell noen ganger kan trenge en egen empowerment-prosess for å forstå sin funksjon og rolle som profesjonelle. Dette ble i bakgrunnskapittelet (kap 2.4) nærmere forklart som «self-empowerment». I lys av problemstillingen kan det da tenkes, for at sykepleiere best mulig kan

fremme mestringsfølelse i ADL-ferdigheter, så må de selv styrkes og bevisstgjøres i sin egen funksjon (Askheim, 2018, s. 164).

Resultatene viser til at sykepleiers rolle har vært diffus eller uklar for pasientene, noe som mulig var med å påvirke deres mestringsfølelse i ADL-funksjoner negativt. Dette er med på å underbygge viktigheten av sykepleiers krav om forsvarlig yrkesutøvelse ut i fra helsepersonelloven (1999) som blant annet sier at helsepersonell skal utøve helsehjelp ut i fra sine faglige kvalifikasjoner (helsepersonelloven, 1999, § 4). At sykepleier skal holde seg faglig oppdatert på sitt funksjonsområde og yrkesutøvelse kan også knyttes opp til yrkesetiske retningslinjer punkt. 2.5, som sier at sykepleier er ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert (NSF, 2023). En nasjonal veileder fra Helsedirektoratet (2018) beskriver at en felles forståelse av helsepersonells roller er viktig for kvaliteten av helsehjelpen som gis (Helsedirektoratet, 2018). Ut i fra pasientopplevelser i resultatene kan det tyde på at enkelte sykepleiere ikke har handlet etter lovpålagt krav eller yrkesetiske retningslinjer.

Det kan være flere årsaker til pasientenes usikkerhet rundt sykepleiers rolle. Det kan f.eks. tyde på at sykepleierne selv ikke forstår alle aspekter i rollen sin, og dermed skaper misforståelser hos pasientene. Uansett er resultatene med på å antyde at uklarhet rundt sykepleiers rolle var noe som påvirket pasientenes mestringsfølelse i ADL negativ. Og på bakgrunn av dette, sammenlignet med sykepleiers lover og retningslinjer, antar jeg at en tydelig definering av sykepleiers rolle i rehabiliteringen kan bidra til økt mestringsfølelse av pasientenes ADL-ferdigheter.

5.6 Metodediskusjon

I metodediskusjonen skal jeg vurdere styrker og svakheter ved den valgte metoden, det gjennomførte litteratursøket og utvelgelse av artiklene. I tillegg skal jeg vurdere styrker og svakheter knyttet til de inkluderte artiklene. Alle styrker og svakheter diskuteres i lys av min problemstilling.

5.6.1 Generell litteraturstudie som metode

Å benytte generell litteraturstudie som metode generelt har blitt forklart i metodekapittelet (kap 3). For å besvare min problemstilling har generell litteraturstudie jevnt over vært en god metode. Det har for eksempel gitt meg et godt overblikk over eksisterende forskning, og hva

de ulike forskerne kommer fram til. Da metoden åpnet for mange ulike perspektiver, krevde det mye konsentrasjon for å ikke bli revet med i en annen retning.

I søkeprosessen for de inkluderte artiklene lette jeg hovedsakelig etter artikler som benyttet kvalitative metoder, som f.eks. intervjuer. Fordelen med kvalitative resultater er at de er noe lettere å analysere, fordi det består av erfaringer/meninger. Både pasient- og sykepleieropplevelser var verdifullt for min problemstilling.

Jeg ønsket også å finne en artikkel som benyttet en kvantitativ metode. Resultatene bestod av flere ulike test-resultater som viste effekten av et egenomsorgsprogram. Testene målte blant annet funksjonsnivå (BARTHEL Index) og grad av mestringsfølelse (Jones Self-Efficacy Questionnaire) (Amiri et al., 2022, s. 6). Svakheten med dette er at jeg opplevde det krevende å analysere og formattere resultatene i tekstform. Styrken ved å gjøre dette er at det kunne bidra til mangfoldighet i hvordan resultatene viser seg. Men til syvende og sist var det viktigste fokuset at alle resultatene skulle ha verdi for problemstillingen.

5.6.2 Gjennomført litteratursøk

Det var til tider utfordrende å finne artikler som kunne besvare min problemstilling. Da konteksten var rehabilitering åpnet dette for forskning fra perspektivet til andre yrkesgrupper. Siden det tverrfaglige teamet er viktig i rehabilitering var det viktig å belyse dette, men samtidig holde fokuset på sykepleiere.

Det var krevende å finne kvalitative resultater som kun handlet om mestringsfølelse og/eller ADL. Da de kvalitative resultatene fikk frem mye interessant, gikk det samtidig mye tid på å velge ut akkurat det som var relevant for problemstillingen.

Jeg ønsket å finne så oppdatert kunnskap som mulig, helst forskningsartikler utgitt etter 2020. Men da det var utfordrende å finne nok relevante forskningsartikler etter 2020, så jeg meg nødt til å utvide søket mitt. Dette gjorde jeg ved å endre utgivelsesår til etter 2013.

5.6.3 De inkluderte artiklene

En av artiklene baserte seg på en egen-produsert undervisningsmetode som datainnsamling kalt «Rehabilitation 24/7» (Loft et al. 2018). Utfordringene med dette var at metoden ikke var standardisert eller allmennkjent. Dette medførte noe ekstraarbeid med å undersøke hva undervisningsmetoden innebar, og hvilke kvaliteter den hadde. Jeg tok likevel beslutningen å

bruke artikkelen, ettersom at sykepleierintervjuene kunne besvare aspekter ved min problemstilling.

De inkluderte artiklene var studier fra ulike land: én fra Iran, én fra Australia og to fra Danmark. I utvelgelsen tok jeg hensyn til at kulturforskjeller kunne bety ulike retningslinjer i helsevesener, som igjen kunne påvirke resultatene. Utvelgelsen av artikler fra flere land medførte noe ekstra arbeid med å forstå resultatene ut i fra den konteksten studiene ble foretatt. Men ettersom resultatene fra de ulike landene viste likheter med hverandre i sykepleiefaglige intervensjoner som samstemte med hverandre, så tok jeg likevel avgjørelsen å inkludere dem. Tanken bak dette var at hvis de sykepleiefaglige intervensjonene var like, så kunne inkluderingen av artikler fra flere land ha en forskningsmessig styrke. F.eks. være med på å vise likheter mellom pasient- og sykepleieropplevelser på tvers av land hvor helsevesen er annerledes. Artiklene er kvalitetsvurdert i sjekklister (1-4) og er vedlagt i slutten av oppgaven.

6 Konklusjon

«Hvilke faktorer kan bidra til økt mestringsfølelse av ADL-ferdigheter hos pasienter med gjennomgått hjerneslag?»

Resultatene viste mange forskjellige perspektiver, noe som gjør det utfordrende å sette et entydig svar, ikke minst fordi det ikke har vært en fullstendig gjennomgang av forskningen på området. Det betyr også at min konklusjon ikke kan settes med fullstendig sikkerhet.

Da det var noe variasjon av pasientopplevelser, var likevel majoriteten av opplevelsene negative. Flere pasientperspektiver har kastet lys over faktorer som ikke bidro til mestringsfølelse av ADL-ferdigheter. Dette er med å understreke viktigheten av mestringsfølelse hos pasientgruppen, og gitt en forståelse av hvordan pasientene opplever behandlingen. Det kaster også lys over hvilke faktorer som bidrar til den økte mestringsfølelsen.

En sentral observasjon er utformingen av målsettinger i ADL, spesielt når de er realistiske og individuelt oppnåelige. Dette viser seg for pasienter å være en viktig faktor for økt mestringsfølelse av ADL-ferdigheter. Selv om realitetsorientering kan være utfordrende for sykepleiere, spesielt med tanke på pasientenes psykiske påvirkninger av sykdommen, viser resultatene, og øvrig litteratur, at realistiske målsettinger kan bidra til økt mestringsfølelse av ADL-ferdigheter.

Tilstedeværelse fra sykepleiere var ifølge pasientene mangelfullt. Tilstedeværelse er en viktig faktor for økt mestringsfølelse av ADL-ferdigheter, fordi det er avgjørende for en god sykepleier-pasientrelasjon. Tilrettelegging for egenomsorgstrening og oppfølging var ifølge pasienter også begrenset og savnet. Resultatene viser at tilrettelegging for egenomsorgstrening er en viktig faktor som kan øke pasientenes mestringsfølelse av ADL-ferdigheter og positive resultater fra implementering av egenomsorgsprogram viser at økt fokus på egenomsorgstrening og oppfølging virker positivt på pasientenes mestringsfølelse av ADL-ferdigheter.

Negative pasientopplevelser i rehabiliteringen kan knyttes til en misforståelse av sykepleiers rolle. Uklarhet rundt sykepleierens funksjon førte til mangelfull oppfølging av pasienter. Å forstå og klargjøre sykepleierens rolle i rehabiliteringsprosessen kan bidra til bedre oppfølging og dermed fremme pasientenes mestringsfølelse av ADL-ferdigheter.

Implikasjonene for praksis inkluderer behovet for aktiv pasientinvolvering, individuell tilpasning av rehabiliteringsstrategier og økt kunnskap om sykepleierens rolle og funksjon i rehabilitering av pasienter med gjennomgått hjerneslag. En helhetlig, omsorgsfull- og personsentrert tilnærming, samt daglig støtte og tilstedeværelse bør være fundamentet for sykepleiernes praksis i rehabilitering av pasienter med gjennomgått hjerneslag.

7 Referanseliste

- Amiri, F.S., Abolhassani, S., Alimohammadi, N. & Roghani, T. (2022). Investigating the effect of self-management program on stroke's patients' self-efficacy. *BMC Neurology*, 22(360), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12883-022-02876-y>
- Askheim, O.P. (2015). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal akademisk.
- Cavalcante, T.F., Nemer, A.P.L., Moreira, R.P. & Ferreira, J.E.S.M (2018). Nursing interventions to the patient with stroke in rehabilitation. *Journal of Nursing*, 12(5), 1430-1436 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230533p1430-1436-2018>
- Dreyer, P., Angel, S., Leanne, L., Pedersen, B.B. & Aadal, L. (2016). Nursing Roles and Functions in the Acute and Subacute Rehabilitation of Patients With Stroke: Going All In for the Patient. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(2), 111-118. DOI: 10.1097/JNN.0000000000000191
- Eggen, R. (2016). Viktig å vite om hjerneslag. *Sykepleien Forskning*, 11(1), 88-90. <https://sykepleien.no/forskning/2016/05/viktig-vite-om-hjerneslag>
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 887-907). Cappelen Damm akademisk
- Folkehelseinstituttet (FHI) (27.09.2023). Antallet hjerteinfarkt og hjerneslag har falt hos både kvinner og menn de siste fem årene. FHI.no <https://www.fhi.no/nyheter/2023/antallet-hjerteinfarkt-og-hjerneslag-har-falt-hos-bade-kvinner-og-menn-de-siste-fem-arene/>
- Folkehelseinstituttet (FHI) (27.10.2021). Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2020. FHI.no. <https://www.fhi.no/is/hjertekar2/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2020/#mer-om-den-enkelte-diagnose>
- Freyer, C.E, Luker, J.A, McDonnell, M.N. & Hillier, S.L. (2016). Self-management programmes for quality of life in people with stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 1-70. DOI: [10.1002/14651858.CD010442.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010442.pub2).

- Glasgow, R.E., Funnell, M.M., Bonomi, A.E., Davis, C., Beckham, V. & Wagner, E.H. (2002). Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Ann Behav Med*, 24(2), 80-87. DOI: 10.1207/S15324796ABM2402_04.
- Grov, E.K. (2015). Å bli pasient og hjelpetrengende. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 37-55). Cappelen Damm akademisk
- Helgesen, A.K. (2021). Sosial kontakt. I Kristoffersen, N.J., Skaug, E.A., Steindal, S.A. & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie – Grunnleggende behov og helse: Bind 2* (4. utg., s. 489-514). Gyldendal
- Helsedirektoratet (27.04.2020). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag*. Hentet 08.11.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Helsedirektoratet (01.02.2018). *Personell i tjenestene bør ha felles forståelse og kunnskap om noen sentrale temaer*. Hentet 10.12.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/kompetansebehov-og-kompetanseplanlegging/personell-i-tjenestene-bor-ha-felles-forstaelse-og-kunnskap-om-noen-sentrale-temaer#referere>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holter, I.M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 107-118). Cappelen Damm akademisk
- Kitson, A.L., Dow, C., Calabrese, J.D., Locock, L. & Athlin, Å.M. (2013). Stroke survivors' experience of the fundamentals of care: A qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 392-403 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.017>

- Klette, G.S., Evju, A.S., Kasén, A. & Bondas, T. (2014). Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap. *Sykepleien*, 102(2), 62-64. DOI: [10.4220/sykepleiens.2014.0013](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0013)
- Korpershoek, C., Bijl, J.V.D. & Hafsteinsdóttir, T.B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1876-1894. DOI: doi:10.1111/j.1365- 2648.2011.05659.x
- Kristoffersen, N.J. & Breievne, G. (2021). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N.J., Skaug, E.A., Steindal, S.A. & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling: Bind 3* (4. utg., s. 45-104). Gyldendal
- Kristoffersen, N.J. (2021). Stress og mestring. I Kristoffersen, N.J., Skaug, E.A., Steindal, S.A. & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling: Bind 3* (4. utg., s. 153-199). Gyldendal
- Kristoffersen, N.J. (2021). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I Kristoffersen, N.J., Skaug, E.A., Steindal, S.A. & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling: Bind 3* (4. utg., s. 257-314). Gyldendal
- Lawler, J., Dowswell, G., Hearn, J., Forster, A. & Young, J. (1999). Recovering from stroke: a qualitative investigation of the role of goal setting in late stroke recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 401-409. DOI:[10.1046/j.13652648.1999.01086.x](https://doi.org/10.1046/j.13652648.1999.01086.x)
- Lerdal, A.V. & Grov, E.K. (2015). Aktivitet. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 819-838). Cappelen Damm akademisk
- Loft, M.I., Esbensen, B.A., Kirk, K., Pedersen, L., Martinsen, B., Iversen, H., Mathiesen, L.L. & Poulsen, I. (2018). Nursing staffs self-perceived outcome of a rehabilitation 24/7 educational programme – a mixed methods study in stroke care. *BMC Nursing*, 17(17), 1-13 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0285-z>
- Loft, M.I., Martinsen, B., Esbensen, B.A., Mathiesen, L.L., Iversen, H.K. & Poulsen, I. (2019). Call for human contact and support: an interview study exploring patients'

- experiences with inpatient stroke rehabilitation and their perception of nurses' and nurse assistants' roles and functions. *Disability and Rehabilitation*, 41(4), 396-404
DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1393698>
- Lo, S.H.S., Chau, J.P.C., Lam, S.K.Y., Saran, R., Choi, K.C., Zhao, J. & Thompson, D.R. (2022). Association between participation self-efficacy and participation in survivors. *BMC Neurology*, 22(360), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12883-022-02883-z>
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 119-141). Cappelen Damm akademisk
- Meld. St.21 (1998-1999). *Ansvar og meistring*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/>
- Norsk sykepleierforbund (NSF) (2023, 21. november). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- 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?q=pasient>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175-186. DOI: 10.1177/2057158521991949
- Romsland, G.I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2018). *Sykepleie og rehabilitering*. Gyldendal akademisk
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring* (IS-2655). Helsedirektoratet, 1-51. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- Skaug, E.A. (2021). Aktivitet. I Kristoffersen, N.J., Skaug, E.A., Steindal, S.A. & Grimsbø, G. H. (red.), *Grunnleggende sykepleie – Grunnleggende behov og helse: Bind 2* (4. utg., s. 383-424). Gyldendal

Tanlaka, E.F., McIntyre, A., Connelly, D., Guitar, N., Nguyen, A. & Snobelen, N. (2023).
The Role and Contributions of Nurses in Stroke Rehabilitation Units: An Integrative
Review. *Western Journal of Nursing Research*, 45(8), 764-776. DOI:
<https://doi.org/10.1177/01939459231178495>

WHO (1998). Health Promotion Glossary. 1-24.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf?sequence=1

WHO (09.12.2020). The top 10 causes of death. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/the-top-10-causes-of-death>



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Amiri, F.S., Abolhassani, S., Alimohammadi, N. & Roghani, T. (2022). Investigating the effect of self-management program on stroke's patients' self-efficacy. <i>BMC Neurology</i> , 22(360), 1-10		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvantitative testresultater (Barthel Index) og spørreundersøkelser (Jones Self-efficacy questionnaire) målt over en bestemt tidsperiode var en velegnet metode for å svare på problemstillingen.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne var slagpasienter i rehabiliteringsfasen og utskrivingsfasen, med utfordringer knyttet til mestringsfølelse i ulike ADL-ferdigheter, og er derfor velegnet til å svare på problemstillingen.	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten er beskrevet slik at man forstår den og funnene henger sammen med klinisk praksis.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Statistisk data ble analysert ved hjelp av «SPSS»-program, men utdypes ikke hvordan programmet fungerer og hvorfor det er best egnet.			x
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Da hovedfunnene består av ulike statistikker som sammenlignes, er det noe uoversiktlig. Men kommer frem i diskusjonsdelen hva som har betydning for artikkelens problemstilling.			x
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene viser effekten av intervensjonene og kan derfor brukes i praksis.	x		



9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen presenterer at egenomsorgsprogram bidrar til økt mestringsfølelse i ADL-ferdigheter på bakgrunn av de kvantitative test-resultatene. Anses derfor som logisk og holdbart.	X		
	Totalt antall poeng: ****	7/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Kitson, A.L., Dow, C., Calabrese, J.D., Locock, L. & Athlin, Å.M. (2013). Stroke survivors' experience of the fundamentals of care: A qualitative analysis. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 50(3), 392-403		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Design og metode er sekundæranalyse av kvalitative intervjuer, som er velegnet for å besvare på problemstillingen.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne er slagpasienter i rehabilitering og er representative for artikkelens problemstilling.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten er på forskjellige slagenheter og rehabiliteringssentre hvor pasientene mottar rehabilitering. Funnene kan derfor relateres til klinisk praksis.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysemetoden er en sekundæralanalyse av intervjuer, opprinnelig foretatt av to av artikkelens forfattere (CD & LL).	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene er forklart tydelig i ulike underoverskrifter og tabeller.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene beskriver pasientopplevelser tydelig og kan derfor brukes i praksis.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen foreslår ulike implikasjoner for praksis, og oppsummerer resultatene godt. Anses derfor som logisk og holdbart.	x		



Totalt antall poeng: ****	9/9
---------------------------	-----

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Loft, M.I., Esbensen, B.A., Kirk, K., Pedersen, L., Martinsen, B., Iversen, H., Mathiesen, L.L. & Poulsen, I. (2018). Nursing staffs self-perceived outcome of a rehabilitation 24/7 educational programme – a mixed methods study in stroke care. <i>BMC Nursing</i> , 17(17), 1-13		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Da bruker en egenprodusert undervisningsmetode som en del av designet, og den er ikke godt nok beskrevet. Men de bruker de også spørreundersøkelser og intervjuer til å svare på problemstillingen, noe som anses som velegnet.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne er sykepleiere og sykepleierassistenter på slagenhet og er representative for problemstillingen. Deltakelse på undervisningen var obligatorisk, men deltakelse i studien var frivillig. 33 av 37 personer deltok i spørreundersøkelsene.	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten for studien er rehabilitering av slagpasienter, samt undervisning og intervjuer av sykepleiere.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysemetoden er en «mixed method» som baserer seg på kvalitativ og kvantitativ metode. Spørreundersøkelser og semi-strukturerte intervjuer med sykepleiere.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene er presentert oversiktlig i underoverskrifter og tabeller, og baserer seg på datasamlingen.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene beskriver blant annet sykepleiers egen oppfattelse av rolle og funksjon, og kan derfor brukes i praksis.	x		



9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen trekker logiske slutninger basert på resultatene og foreslår implikasjoner for praksis.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Loft, M.I., Martinsen, B., Esbensen, B.A., Mathiesen, L.L., Iversen, H.K. & Poulsen, I. (2019). Call for human contact and support: an interview study exploring patients' experiences with inpatient stroke rehabilitation and their perception of nurses' and nurse assistants' roles and functions. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 41(4), 396-404		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Metoden består av 10 kvalitative intervjuer med slagpasienter. Den kvalitative metoden anses som velegnet for å svare på problemstillingen fordi den åpner for erfaringer.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Slagpasienter ble intervjuet. Deltakerne svarer på problemstillingen, ettersom at de er representative for tematikken.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten er rehabiliteringsavdeling i Danmark og studien er begrunnet godt i introduksjonen. Funnene kan også relateres til klinisk praksis.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: De kvalitative intervjuene ble analysert med «latent content analysis» for å analysere dypere betydninger i intervjuene.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene er presentert tydelig under ulike temaer.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene består av pasientopplevelser som er relevant til sykepleiepraksis. Anses derfor som brukbart i praksis.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er logisk fordi den trekker slutninger på bakgrunn av resultatene. Den foreslår også implikasjoner for praksis.	X		



Totalt antall poeng: ****	9/9
---------------------------	-----

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.