

Sykepleierens rolle og funksjon i rehabilitering av slagrammede i subakutt fase

Kandidatnummer: 157 & 162
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 7802
Dato: 19. april 2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19. april 2022
Tittel Sykepleierens rolle og funksjon i rehabilitering av slagrammede i subakutt fase	
<p><u>Problemstilling</u> Hva er sykepleierens rolle og funksjon i rehabilitering av slagrammede i subakutt fase?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det er utfordringer knyttet til identifisering av sykepleierrollens innhold i dag. Dette er en konsekvens av et økende arbeidsområde innen profesjonen. For å belyse sykepleiers rolle og funksjon i rehabiliteringen av slagrammede tar oppgaven for seg teori om hjerneslag, rehabilitering, og rehabiliteringssykepleie. Teorien bruker nasjonale retningslinjer, forskriften om habilitering og rehabilitering, sykepleierens yrkesetiske retningslinjer samt Marit Kirkevolds rammeverk for sykepleiefunksjoner tilpasset slagrammede.</p> <p><u>Metode</u> <i>Den litterære oppgaven</i> er valgt som metode for å besvare problemstillingen. Primært har PubMed blitt brukt for å finne forskning. Noen søkeord som ble brukt var <i>nurse</i>, <i>rehabilitation</i>, <i>role</i> og <i>stroke</i>. Valgte artikler ble gjennomgått, og innholdet systematisert etter tema. Funnene ble diskutert i lys av teori, lovverk og retningslinjer.</p> <p><u>Drøfting</u> Oppgaven trekker frem sykepleiers og andre helseprofesjoners perspektiv på sykepleierens rolle og funksjon i rehabiliteringsforløpet. Funnene viser at den rehabiliterende rollen avhenger av flere faktorer som kompetansenivå, personlige oppfatninger, tidsbegrensninger, og arbeidsoppgaver. Det er usikkerhet og uenighet blant deltakerne i forskningen om hvilken grad de skal involvere seg i pasientenes opptrening, men større enighet i at fokuset burde være på ADL. Derimot anser tverrfaglige helseprofesjoner seg selv som rehabiliteringseksperter, der sykepleierens funksjon er støtte, koordinering, og klargjøring av pasienten.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleieren spiller en viktig rolle i rehabiliteringen av slagrammede i subakutt fase, og har flere funksjoner i dette arbeidet. Oppgavene som blir utført avhenger ofte av hvorvidt sykepleieren påtar seg en behandlende eller rehabiliterende rolle. Dette kan være en konsekvens av slagrammedes helsestatus i etterkant av skaden. Det fremkommer at sykepleieren har en fortolkende funksjon og en støttende funksjon. Dette ser ut til å være et resultat av de relasjonelle forholdene som utvikles i det pasientnære arbeidet. Sykepleieren er et viktig bindeledd mellom pasienten og det tverrfaglige samarbeidet som koordinator.</p>	

(Totalt antall ord: 300)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	4
1.1 Tema og begrunnelse	4
1.2 Problemstilling	5
1.3 Avgrensninger	5
1.4 Begrepsavklaringer	5
1.4.1 Slagenhet	5
1.4.2 Alliert helsepersonell	6
1.4.3 Rolle og funksjon	6
2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag	7
2.1 Hjerneslag	7
2.2 Rehabilitering	8
2.3 Sykepleiers rolle og funksjon	9
2.4 Etikk og lovverk i rehabilitering	11
3 Metode	13
3.1 Litteratursøk	13
3.2 Inklusjon - og eksklusjonskriterier	15
3.3 Kvalitativ innholdsanalyse	16
3.4 Kildekritikk	16
4 Resultater og funn	18
4.1 Artikkelloversikt	18
5 Drøfting	20
5.1 Sykepleierens perspektiv på sin rehabiliterende rolle og funksjon	20
5.1.1 Koordinering	21
5.1.2 Kunnskap og utvikling	22
5.2 Rehabilitering i et subakutt miljø	23
5.3 Allierte profesjoners syn på sykepleierens rolle og funksjon	25
5.3.1 Kommunikasjon mellom profesjonene	25
5.3.2 Måling av bidrag til rehabiliteringen	26
6. Avslutning	28
Litteraturliste	30

1 Innledning

1.1 Tema og begrunnelse

Hvert år blir ca. 15 000 personer rammet av hjerneslag i Norge. Hjerneslag er den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemning, og en av de hyppigste dødsårsakene blant befolkningen (Bertelsen, 2014, s. 318). Den største andelen av de rammede er middelaldrende og eldre, der forekomsten øker med alderen (Wergeland et al., 2020, s. 303). Omsorgssektoren må derfor forberede seg på å en økning av antall hjerneslag i årene fremover som følger av en aldrende befolkning (Helsedirektoratet, 2019, s. 8). De som blir rammet av hjerneslag opplever det som plutselig, og det er en tilstand som påvirker mennesket fysisk, psykisk og sosialt. Disse pasientene utgjør en stor gruppe med mange typer behov for sykepleie. Utvikling av ny teknologi og kunnskaper innen helsefaget kombinert med et skrikende behov for helsepersonell i Norge fører til at sykepleiere må forvente at deres rolle og arbeidsoppgaver vil være i stor endring i årene fremover (NSF, i.d.a). En utspørring i Sykepleien (2019) om utfordringer knyttet til sykepleierrollen i dag, kommer det frem at omfanget av profesjonens arbeidsområde vokser, administrativt arbeid opptar mer tid, ikke-målbare aktiviteter blir mindre anerkjent, og mange sykepleiere har en utydelig rolle som allikevel er forbundet med stort ansvar.

Sykepleiers rolle og funksjon vil variere basert på innholdet og målene oppgavene har og på hvilken arena sykepleie skal utføres – fra helsefremmende og forebyggende arbeid, via sykepleie ved akutte, kritiske og kroniske sykdomstilstander, til rehabilitering og palliativt arbeid. I tillegg utfører den moderne sykepleieren, som beskrevet i Fossum et. al (2020), sitt arbeid nå oftere som en del av et større faglig samarbeid mellom andre profesjoner i helsevesenet, som for eksempel lege, ergoterapeut og fysioterapeut (Holter, 2015, s. 107-108). Årsaken er at profesjoner innenfor helsevesenet bør jobbe tverrfaglig fordi kunnskapen har blitt så spesialisert at sammenheng og helhet blir vanskelig å håndtere for kun en profesjon i et komplekst behandlingsforløp (Helsedirektoratet, 2018).

Forfatterne har begge fått erfare hvordan rehabilitering av slagrammede i spesialisthelsetjenesten blir utført, og er organisert. I dette arbeidet observerte vi et miljø preget av høy intensitet der skadene ofte ga komplekse og sammensatte pasientbehov. Sykepleieren sjonglerte mange oppgaver der det var høye krav til kunnskap og kompetanse

innen flere av sykepleierens funksjonsområder, samt forventninger til at man påtok seg flere roller. Til tross for at den røde tråden i pasientbehandlingen var rehabilitering og gjenoppretting av tapt funksjon, fikk vi inntrykket av at sykepleierens rolle i selve rehabiliteringen var uklar. Det kunne også være stor variasjon mellom helsepersonellens oppfattelse og perspektiv på hvordan og hva rehabilitering innebærte. Samtidig var det tydelig at mange av pasientene hadde et stort behov for tett oppfølging og samarbeid for å fremme håp og mestring etter skaden, der sykepleieren hadde en definitiv plass for et velfungerende “maskineri”. Målrettet og strukturert rehabilitering virket å kunne være avgjørende for dette. Det har i tillegg vært lite fokus på sykepleierens rolle i rehabilitering i utdanningen. I lys av dette ønsket vi derfor å øke kunnskapsnivået vårt på dette område ved å se på litteratur og forskning.

1.2 Problemstilling

Denne oppgaven har som hensikt å utforske sykepleierens rehabiliterende rolle og funksjon i arbeid med pasienter som typisk har behov for et tverrfaglig samarbeid i den subakutte fasen. Følgende problemstilling er utarbeidet som bakgrunnen for diskusjon om dette temaet:

Hva er sykepleierens rolle og funksjon i rehabilitering av slagrammede i subakutt fase?

1.3 Avgrensninger

Innholdet i denne oppgaven er i utgangspunktet avgrenset til *sykepleierens* rolle og funksjon i rehabilitering av slagrammede. Det understrekes at å påta seg en slik rolle fordrer å ta del i et tverrfaglig samarbeid. Sykepleiers rolle i en slik kontekst avhenger derfor å måtte ta hensyn til en slik organisering.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Slagenhet

En spesialisert sykehusenhet for pasienter med hjerneslag som får systematisk og tverrfaglig behandling slik at omfanget og sekveler av skaden blir redusert. Fokuset er å komme raskt i gang med opptrening av pasientens daglige funksjoner, samt annen relevant trening. Slagenhetsbehandling er et tiltak som kan redusere dødelighet og redusere funksjonshemming i denne pasientgruppen. (Helsedirektoratet, 2017)

1.4.2 Alliert helsepersonell

Alliert helsepersonell er et begrep oversatt fra den engelske samlebetegnelsen *allied health professionals*. Hvilke profesjoner som er inkludert i denne gruppen helsepersonell varierer noe fra land til land, men generelt innbefatter det klinikere som tilbyr helserelaterte tjenester innen sine fagfelt. Typisk allierte helsepersonell er profesjoner som fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og ernæringsfysiolog (Association of Schools Advancing Health Professionals, 2015). I spesialisthelsetjenesten arbeider disse sammen i et tverrfaglig team med sykepleier, lege, og psykolog med mål om å gjenopprette best mulig pasientfunksjon.

1.4.3 Rolle og funksjon

Sosialantropologi og sosiologi definerer *rolle* som summen av normer og forventninger knyttet til en bestemt stilling, oppgave, relasjon eller gruppe i samfunnet (Tjora et. al., 2021). *Funksjon* innenfor en virksomhet, defineres som utførelsen av et bestemt arbeid som følger med en i stilling (Det Norske Akademis Ordbok, u.å.).

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Hjerneslag

Hjerneslag er ingen ensartet sykdom, men et samlebegrep for det sykdomsbildet man får når hjernen helt eller delvis mister blodforsyningen sin. Det inkluderer både hjerneinfarkt og hjerneblødning. Av Verdens helseorganisasjon defineres hjerneslag som «en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død» (Helsedirektoratet, 2017, s. 8). Symptomer ved hjerneslag varierer fra nedsatt kraft i en arm til lammelser, sviktende språkfunksjon, kognitiv svikt og psykiske forandringer. Hvilke symptomer pasienten får, og hvilke konsekvenser det medfører, er avhengig av hvor i hjernen skaden inntreffer – om det er i hjernebarken, i hjernens dypere strukturer, i lillehjernen eller i hjernestammen (Wergeland et al., 2020, s. 303-305).

For at pasienter med symptomer på hjerneslag skal få øyeblikkelig hjelp med å få stilt korrekt diagnose, begrense omfanget av hjerneslaget, forebygge komplikasjoner og starte med tidlig mobilisering, blir de innlagt på en slagenhet (Helsedirektoratet, 2017, s. 8). Her skjer utredning og behandling parallelt, da riktig behandling og opptrening er av stor betydning for pasientenes senere funksjonsevne, kognitive funksjon og livskvalitet. Wergeland et. al. (2020, 312) deler behandling og rehabilitering etter hjerneslag inn i ulike faser:

- Akutfase: 0-24 timer
- **Subakutfase 1: 24-72 timer**
- **Subakutfase 2: 3 dager-2 (3) uker**
- Overgangsfase: 2 (3) uker-3 måneder
- Tilpasningsfase: fra 3 måneder

Forfatterne av denne oppgaven har valgt å fokusere på de subakutte fasene, og vil derfor inkludere disse i det teoretiske rammeverket.

I subakutfase 1, fortsetter man behandlingen startet opp i den akutte fasen for å sikre optimalisering av vitale funksjoner. I denne fasen er forebygging og eventuell behandling av komplikasjoner sentral, da de fleste komplikasjoner oppstår i løpet av de første 1-3 døgn. En annen sentral oppgave er å utrede for eventuelle risikofaktorer og årsaker til hjerneslaget for å sikre optimal sekundær profylakse. Ut fra resultatene blir det iverksatt målrettet sekundær

profylakse slik at risikoen for nye slagtilfeller og andre hjerte- og karsykdommer minimaliseres (Wergeland et al., 2020, s. 312-313).

Wergeland et. al. (2020, s. 313) forklarer at i subakutfase 2 fortsettes behandlingen som utføres i subakutfase 1. Det er en glidende overgang mellom fasene. I tillegg økes fokuset på rehabilitering, og pasientenes rehabiliteringspotensial skal vurderes. I denne fasen blir pasientenes ADL-funksjoner kartlagt, og opptreningen intensiveres ved at funksjonell oppgaverelatert trening vektlegges.

2.2 Rehabilitering

Av de 15 000 personene i Norge som hvert år får hjerneslag vil ca. 1/3 gjenvinne full eller tilnærmet full funksjon, 1/3 vil få varig funksjonshemming som påvirker ADL og føre til avhengighet av andre, og 1/3 vil dø. Mange som overlever et hjerneslag vil derfor trenge rehabilitering. Forskning viser at tidlig og aktiv rehabilitering øker sjansen for å gjenvinne eventuelle tapte funksjoner (Helsedirektoratet, 2017, s. 90).

Forskriften om habilitering og rehabilitering § 3 beskriver rehabilitering som en prosess i tre deler. Utgangspunktet for rehabilitering er først og fremst i pasienten selv - der fokuset er den nåværende livssituasjonen og hvilke mål som er ønskelig å nå. Videre skal prosessen være et målrettet samarbeid mellom alle de involverte partene i rehabiliteringen. Det er viktig å påpeke at dette ikke kun inkluderer pasienten og tjenesteytere, men også pårørende. Tiltakene som implementeres i forløpet må være kunnskapsbaserte, og forutsetter koordinasjon og sammenheng. Hensikten med rehabiliteringen er å tilrettelegge for at pasienten oppnår blant annet best mulig funksjonsevne, selvstendighet, og deltagelse ut ifra den situasjonen eller forutsetningen som er gitt. Lovverket poengterer at rehabilitering omfatter både pasienter og brukere som har fått begrenset sin funksjonsevne (fysisk, psykisk, sosialt eller kognitivt) eller er i fare for det (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3).

For slagrammede pasienter betyr dette en personsentrert og målrettet prosess som begynner allerede første dag etter slaget. En viktig faktor vil derfor være at pasienten har tilgang på et koordinert opplegg hvor et tverrfaglig team deltar med pasienten (Helsedirektoratet, 2017, s. 90-92). Et tverrfaglig samarbeid innebærer at flere profesjoner arbeider sammen for å hjelpe pasienten med komplekse behov. Profesjonene er ikke nødvendigvis tilstede samtidig i den

pasientnære behandlingen, men de arbeider mot et felles mål i samråd med pasienten. Samarbeidet sikrer kunnskapsdeling og fremmer brukermedvirkning i prosessen (Helsedirektoratet, 2018). Det er pasientens funksjonsutfall og målsetning som har en betydning for hvilket tverrfaglig tilbud det er behov for. Det er ikke fullstendig utredet hva som er den mest ideelle formen for slagrehabilitering, men det er et behov for tilstrekkelig mengde, intensitet og varighet av treningen samt god motivasjon. Det er i tillegg viktig at rehabiliteringen er i samsvar med pasientens livssituasjon og det livet som skal leves videre samfunnet (Helsedirektoratet, 2017, s. 90-92).

I de subakutte fasene, både 1 og 2, vil rehabilitering blant annet innebære tidlig mobilisering, så lenge pasienten er klinisk stabil. Tidlig mobilisering er en av de sentrale faktorene i forskningsbasert slagenhetsbehandling, og det ses en klar sammenheng mellom tidlig mobilisering og overlevelse. Ved tidlig mobilisering vil man forsøke å hindre immobilitet som kan føre til komplikasjoner som DVT, pneumoni, lungeemboli, kontrakturer og trykksår. Mobilisering innebærer at pasienten kommer opp i sittende, stående eller gående stilling, alt etter vedkommendes funksjonsnivå (Helsedirektoratet, 2017, s. 55). De første dagene bør aktiviseringen være relativt kortvarig, for å deretter øke i intensitet og hyppighet (Thommessen & Wyller, 2007). Videre vil rehabiliteringen være oppgaverelatert og bør ta utgangspunkt i dagliglivets aktiviteter. Dette vil blant annet innebære ivaretagelse av personlig hygiene, spising og forflytning. En forutsetning for rehabiliteringen er at pasienten ikke skal hjelpes passivt, men får veiledning i hvordan mestre flest mulige aktiviteter selv (Thommessen & Wyller, 2007).

2.3 Sykepleiers rolle og funksjon

Romsland et. al. (2015) beskriver rehabiliteringssykepleie som når hovedmålsettingen for sykepleieutøvelsen handler om å bedre pasientens funksjonsnivå. Det legges stor vekt på pasientens funksjonsevne i sykepleierens oppgaver. Funksjonsevne innebærer kroppslige, mentale eller sosiale funksjoner som er endret på grunn av skade eller sykdom. På den ene siden utgjør vektleggingen av funksjonsevne en målrettet og instrumentell tilnærming i sykepleieutøvelsen, f.eks. ved å ivareta helserelaterte behov. På den annen side ivaretar rehabiliteringssykepleie pasientens grunnleggende omsorg, og er forankret i sykepleiefagets teoretiske grunnlag og verdigrunnlag. Det vil si at rehabiliteringssykepleie også innebærer å

støtte pasienten i å mestre reaksjonene på de utfordringer skaden og de medfølgende funksjonsnedsettelsene har (Romsland et al., 2015, s. 27).

Marit Kirkevold har beskrevet fire funksjoner sykepleiere innehar i arbeidet med slagrammede pasienter; 1) Fortolkende funksjon, 2) støttende funksjon, 3) integrerende funksjon og 4) bevarende funksjon (Wergeland et al., 2020, s. 304). Funksjonene er i hovedsak tilpasset sykepleie til slagrammede i akutfasen, men vil likevel være relevant for rehabilitering av de fleste pasienter med komplekse og sammensatte skader i de senere fasene (Romsland et al., 2015, s. 29).

Sykepleiers fortolkende funksjon innebærer sykepleietiltak for å hjelpe pasienten til å se konsekvensene av skaden som følge av hjerneslaget, og hvilke betydninger det vil ha for pasientens liv, roller, identitet og andre funksjoner (Romsland et al., 2015, s. 29). Det innebærer også å skape realistiske forventninger, som igjen vil hjelpe pasienten å se rehabiliteringen i et tids- og bedringsperspektiv. Overordnet vil sykepleiers fortolkende funksjon bidra til å skape oversikt og stabilitet i en kaotisk situasjon som et hjerneslag medfører (Wergeland et al., 2020, s. 304).

Sykepleiers støttende funksjon er nært knyttet til den fortolkende funksjonen, men den forholder seg i større grad til pasientens psykososiale behov. Mange slagrammede går gjennom en sorgprosess som en reaksjon på tapene hjerneslaget kan ha medført. For sykepleier vil dette innebære de ulike handlingene og vurderingene som en iverksetter for å lette emosjonell smerte som følge av et hjerneslag. I følge Romsland et. al. (2015, s. 29) skal sykepleier skal være til stede for pasienten, gi emosjonell støtte og anerkjenne pasientens vanskeligheter i situasjonen. Det handler også om å hjelpe pasienten med å styrke selvbildet, verdigheten og integriteten, gjerne gjennom konstruktiv ros og oppmuntring. I fysisk trening handler dette om å avpasse aktivitetene og gradvis øke utfordringene, slik at pasienten opplever mestring. Videre beskriver Kirkevold at dette krever en god relasjon mellom sykepleier og pasient (Wergeland et al., 2020, s. 304).

Sykepleiers integrerende funksjon omhandler hvilke tiltak sykepleier iverksetter for å hjelpe pasienten med å integrere ny kunnskap i ADL inn i egen hverdagspraksis; sykepleier skal bidra med å omsette aktiviteter lært i treningssituasjoner til daglige gjøremål (Romsland et al., 2015, s. 30). I tillegg skal sykepleier fungere som en talsmann for pasienten mellom de

ulike profesjonene i det tverrfaglige teamet samt i behandlingsskjeden (Wergeland et al., 2020, s. 304).

Sykepleiers bevarende funksjon er en ofte glemt og lite verdsatt i det tverrfaglige samarbeidet om rehabilitering (Romsland et al., 2015, s. 29), men er helt vesentlig for å sørge for at pasienten er klinisk stabil for tidlig mobilisering (Helsedirektoratet, 2017, s. 55). Det handler om å opprettholde funksjonsnivå og forebygge ytterligere skade. At sykepleier opprettholder grunnleggende behov og forebygge komplikasjoner er fra et rehabiliteringsperspektiv, et avgjørende tiltak som sikrer at pasienten får størst mulig utbytte av de andre terapeutiske tiltakene er iverksatt (Romsland et al., 2015, s. 29).

2.4 Etikk og lovverk i rehabilitering

Pasient - og brukermedvirkning bygger på de alminnelige etiske prinsippene om å vise respekt for den enkeltes autonomi og integritet. Pasienter skal få være med på å bestemme om det som angår dem selv fysisk og psykisk (NSF, 2019). Dette er også regulert i loven, herunder pasient- og brukerrettighetsloven § 3, for å sikre at pasienter informeres om det som foregår eller planlegges, og at de får medvirke når beslutninger skal fattes. Innenfor sykepleieprofesjonen er gode behandlings - og pleieresultater avhengig av at pasienter informeres om, og medvirker til, eget behandlingsopplegg da dette bidrar til at pasienter forholder seg mer aktivt og konstruktivt til helsetilstanden og helsehjelpen de mottar. Molven (2019, s. 172) forklarer at en slik tilnærming krever et nært og opplyst samarbeid mellom sykepleier og pasient, og det forutsetter evne og vilje til god og åpen kommunikasjon. Her har sykepleier et faglig ansvar for å legge til rette for dette.

Et av de helserettslige hovedprinsippene i det norske helsevesen er at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig. Dette bygger på det etiske ikke skade-prinsippet; at man kun skal utføre det som gagnar pasienten. Forsvarlighetskravet uttrykkes i helsepersonelloven (1999) § 4 første ledd: "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig." Kravet om forsvarlighet gjelder all form for hjelp som skal utøves, inkludert rehabilitering. Andre profesjoner i det tverrfaglige teamet som arbeider mer spesifikt innenfor en form for hjelp, for eksempel fysioterapeuter som primært driver med rehabilitering, må utøve forsvarlighet innenfor denne typen hjelp. Sykepleiere, som i større

eller mindre grad er involvert i en rekke former for helsehjelp, må derfor forholde seg til kravet om forsvarlighet i de ulike rollene og funksjonene som påtas (Molven, 2019, s. 138).

Helsepersonelloven (1999) § 4 om forsvarlighet handler om to ulike sider ved hjelpen som skal gis: Hjelpen skal være “faglig forsvarlig” og det skal ytes “omsorgsfull hjelp”. Skillet mellom disse to begrepene er lite omtalt i lovforarbeidene. Likevel kan et utgangspunkt være å skille disse begrepene fra hverandre ved å legge til grunn at faglig forsvarlighet retter seg mot det faglig tekniske. Sykepleiere skal i sin yrkesutøvelse yte hjelp, særlig gjennom å ivareta pasientenes grunnleggende og situasjonsbestemte behov. Her utdyper Molven (2019, s. 139) at kravet om faglig forsvarlighet derfor fordrer at hjelpen som utføres er kunnskapsbasert. Hjelpen må bygge på vitenskap og erfaring for hva behovet er og hva som er nyttig ved ulike situasjoner, slik at hjelpen blir fremmet på en god måte og målet med hjelpen nås.

At sykepleiere skal gi omsorgsfull hjelp tar utgangspunkt i en verdibasert måte å atferdsmessig opptre på. Dette innebærer å gjøre verdivalg og handle ut fra etiske vurderinger. Enten hjelpen gis i form av rehabilitering, behandling, eller pleie, skal den gis med en væremåte og en oppmerksomhet som blir opplevd som kjærlig. Omsorg er derfor knyttet til måten sykepleier oppfører seg i relasjonen til og sammen med pasientene både i sin alminnelighet og når konkret faglig teknisk helsehjelp skal gis (Molven, 2019, s. 139).

3 Metode

Metoden i denne oppgaven følger Dallands (2017, s. 208) beskrivelse av “den litterære oppgaven”. Denne metoden innebærer innhenting av data fra forskning, fagkunnskap og teori som allerede er tilgjengelig. Hensikten er å etablere et case som skal belyse et fenomen, i dette tilfellet sykepleierens rolle og funksjon i rehabilitering, som ideelt sett kan beskrive alle sykepleiere i samme situasjon og miljø.

3.1 Litteratursøk

Et preliminært artikkelsøk ble påbegynt på høsten 2021 med utgangspunkt i sykepleierens rehabiliterende rolle. Problemstillingen utviklet seg som et resultat av artikkelsøket, og de funnene som ble gjort ved å lese artikkelenes abstrakter. De avsluttende søkene ble gjennomført første uken i 2022. Databasen som ble brukt var PubMed. Denne ble vurdert som best egnet til søkene ettersom databasen er relativt enkel å navigere, og har et omfattende, internasjonalt bibliotek innen medisin, sykepleie og helse (PubMed, i.d.). Google Scholar fungerte som et supplement i datasøket for å få tilgang til noen artikler. Dette er en *søkemotor* som også favner profesjoner utenfor helsesektoren. Systematisk søk etter artikler ved bruk av Google Scholar er derfor ikke hensiktsmessig. Preliminært ble det gjort noen artikkelsøk med SveMed+, men på grunn av svært få relevante treff ble denne databasen ikke inkludert i senere søk. Søkeordene som ble valgt er anerkjent fagterminologi innen sykepleiens forskningsområde, og forklarende til problemstillingens tematikk i henhold til Thidemann (s. 87, 2015).

Søkeordene som først ble brukt var *nurse*, *role*, og *function* da hensikten var å kunne lete bredt etter artikler i starten. Parallelt med søkeprosessen ble det undersøkt teori som kunne anses som relevant for oppgavens tema. Screening av artikler og teori førte til at søket i større grad kunne spesifiseres, og som et resultat ble søkeordene *stroke*, *rehabilitation*, *interdisciplinary*, *inpatient*, og *subacute* inkludert. Relevante søkeord ble satt sammen for å kunne begrense omfanget av treff. Søkeord ble sammensatt av “AND” for å finne artikler der alle disse var brukt i kombinasjon med hverandre. Thidemann (2015) anbefaler å bruke operatoren “AND” for avgrensning av søk. Alle artiklene som er funnet i litteratursøket og inkludert i oppgavens analyse brukte dette kombinasjonsordet. Søk der kombinasjonsordet “OR” ble benyttet viste seg å gi et for stort nedslagsområde av både relevant og irrelevant litteratur. Grunnen til dette er trolig fordi søkeordene i seg selv er svært generelle og hyppig

brukt innen helseforskning. Basert på de inkluderte forskningsartiklens kontekst, tema, metode, funn og resultater er de vurdert til å være relevant i å besvare oppgavens problemstilling. Beskrivelse av de utførte søkene og søkehistorikk fremkommer i tabellen under:

Søkehistorikk

Søkeord	Database	Årstall	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Artikler inkludert
nurse role function	PubMed	2016-2021	1123	11	3	0
nurse role rehabilitation subacute	PubMed	2016-2021	8	2	2	2
	<p>Australia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Digby, R., Bolster, D., Perta, A., & Bucknall, T. K. (2018). The perspective of allied health staff on the role of nurses in subacute care. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 27(21-22), 4089-4099. https://doi.org/10.1111/jocn.14553 <p>Australia</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Digby, R., Bolster, D., Hughes, L., Perta, A., & Bucknall, T. K. (2020). Examining subacute nurses' roles in a changing healthcare context. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 29(13-14), 2260-2274. https://doi.org/10.1111/jocn.15235 					
nurse stroke interdisciplinary	PubMed	2016-2021	47	10	2	0
nurse role rehabilitation inpatient	PubMed	2016-2021	32	3	1	1
	<p>Danmark</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Loft, M. I., Poulsen, I., Esbensen, B. A., Iversen, H. K., Mathiesen, L. L., & Martinsen, B. (2017). Nurses' and nurse assistants' beliefs, attitudes and actions related to role and function in an inpatient stroke rehabilitation unit-A qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 26(23-24), 4905-4914. 10.1111/jocn.13972 					
nurse stroke role rehabilitation	PubMed	2016-2021	68	12	3	1
	<p>Danmark</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Dreyer, P., Angel, S., Langhorn, 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. <i>Journal of Neuroscience Nursing</i>, 48(2), 108-115. 10.1097/JNN.0000000000000191 					

3.2 Inklusjon - og eksklusjonskriterier

Alle artiklene følger IMRaD-strukturen da dette normalt er et krav til publisering i et vitenskapelig tidsskrift (Thidemann, 2015, s. 68). Hensikten med å definere et sett med inklusjon - og eksklusjonskriterier er å spesifisere mengden litteratur og avgrense søket (Thidemann, 2015, s. 84). Denne oppgaven tar utgangspunkt i følgende kriterier for litteratursøket:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">★ Forskning på rehabilitering av pasienter i subakutt fase på sykehus★ Skrevet på engelsk eller et skandinavisk språk★ NSD-nivå 1 eller 2★ Kvalitetssikret publikasjon (fagfellevurdert)	<ul style="list-style-type: none">★ Artikler publisert før 2016★ Kvantitativ forskning★ Alder og kjønn★ Utvalget i studien mangler overførbarhet

Litteratursøket avgrenses i hovedsak til sykepleierens rolle og funksjon innen rehabilitering og det tverrfaglige samarbeidet. Perspektivet og erfaringene blir sett fra sykepleierens og annet relevant helsepersonell i forskningsartiklene. På denne måten får innholdet i forskningen en overføringsverdi til sykepleierens profesjon og fagfelt. Redegjørelse for grad av overførbarhet mellom de utvalgte artiklene og Norge finnes i oppgavens kildekritikk pkt. 3.4. I artikkelsøket har utgangspunktet vært å inkludere forskning på pasienter i subakutt fase innlagt på en avdeling der rehabilitering har vært en del av fokuset i sykepleiers behandling. Artiklene skal være skrevet enten på engelsk eller et skandinavisk skriftspråk. Hensikten er å begrense eventuelle mistolkninger i oversettelser fra språk forfatterne ikke mestrer. All inkludert forskning skal i tillegg regnes som vitenskapelige på nivå 1 eller 2 etter register over vitenskapelige publiseringskanaler (NSD, i.d.). Forskning basert på kvantitativ data er ekskludert fra oppgaven fordi hensikten er å trekke frem helseprofesjonenes perspektiver på problemstillingen. Artikler som er publisert før 2016 er heller ikke tatt for å understreke at fagfeltet fortsatt er i endring, og analyser basert på innhentet data burde være relativt ny og oppdatert. Alder og kjønn på pasientene har trolig liten betydning på sykepleiers rehabiliterende rolle, og har derfor også blitt ekskludert i artikkelsøket.

3.3 Kvalitativ innholdsanalyse

Forfatterne noterte først ned alle funnene i hver av artiklene separat. Deretter ble disse observasjonene gjennomgått, og sortert etter likhetstrekk i sitt innhold. En slik systematisk gjennomgang av forskningens innhold gjør det mulig å finne temaer, som gjør at man får innsikt i hvilke funn som er relevante for å belyse problemstillingen.

3.4 Kildekritikk

Valgt litteratur tar utgangspunkt i problemstilling og tema, samt kunnskap basert på egne erfaringer, og forelesninger på studiestedet. En stor del av det litterære grunnlaget bygger på pensum fra bachelorstudiet, der mye er sekundærlitteratur som fortolker sykepleieteorier som f.eks. Marit Kirkevolds teoretiske rammeverk. Internett er en annen hyppig brukt kilde til innhenting av artikler, lovverk, retningslinjer, definisjoner m.m. Forfatterne forstår at bruk av internett krever en kritisk tilnærming til kildens gyldighet. Vi har derfor forsøkt å begrense omfanget av kilder til de mest relevante og anerkjente nettstedene innen fagområdet. Få resultater fra litteratursøket belyser tydelig at det blir gjort lite forskning på sykepleierens rehabiliterende rolle i subakutt fase. Ved å begrense konteksten ytterligere til slagrammede innlagt på sykehus ble omfanget av forskningen desto mindre. Dette kan forklare hvorfor litteratursøket ikke fant relevante artikler fra Norge. En del av det teoretiske grunnlaget følger spesifikt de norske retningslinjene for rehabilitering i dedikerte slagenheter, der utgangspunktet for sykepleierens rehabiliterende rolle i praksis muligens differensierer fra våre funn.

Det er valgt fire forskningsartikler om sykepleierens rehabiliterende rolle og funksjon; to fra Danmark og to fra Australia. En av artiklene fra Australia tar utgangspunkt i de allierte profesjonenes perspektiv på sykepleierens rolle i subakutt rehabilitering. Resultatene anses relevante og interessante, og gir et mer nyansert bilde av sykepleierprofesjonens rolle og funksjon i denne konteksten. Datainnsamlingen fra Australia er i tillegg gjort på avdelinger med en blandet pasientgruppe som inkluderer andre typer skader foruten slag, men som også krever tverrfaglig rehabilitering. Det kan også argumenteres for ulike kulturelle, politiske og samfunnsstrukturelle forskjeller mellom landene forskningen er basert på. Forfatterne aksepterer at dette kan være en svakhet i oppgavens datasett.

Sykepleieprofesjonen i Australia har samme utdannings - og autorisasjonsnivå som Danmark og Norge, og meldes inn til Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA). Grad av ansvar og arbeidsoppgaver tar utgangspunkt i spesialisering, og korresponderer etter vår vurdering til skandinaviske forhold (Australian Government Department of Health, 2021). Sykepleierrollens funksjoner i rehabilitering i Australia innebærer å delegere, overse, referere, og koordinere med andre profesjoner for å oppnå bedret helse, samt etablere samarbeid mellom helsepersonell som bidrar til personsentrert behandling (NMBA, s. 6, 2016). Vi erkjenner at det ikke eksisterer en ideell sammenlikning av sykepleierens rehabiliterende rolle og funksjon mellom landene, men med utgangspunkt i International Council of Nurses beskrivelse av sykepleiernes arbeidsoppgaver, mandat, og verdier har profesjonen høy grad av overførbarhet (ICN, i.d.).

4 Resultater og funn

4.1 Artikkelloversikt

Overordnet viser funnene at sykepleieren anser sin rolle som et bindeledd mellom profesjonene og pasienten i rehabiliteringsforløpet. Sykepleieren etablerte sterkest relasjoner til pasienten som konsekvens av å være bedside døgnet rundt, og var derfor best kvalifisert til å påta seg en integrerende rolle om behov, mål, ønsker, og progresjon til resten av behandlingsteamet. Rehabilitering ble optimalisert når sykepleieren hadde en koordinerende funksjon mellom de tverrfaglige ressursene tilgjengelig på enheten. Likevel var det enighet om at i rehabiliteringsøyemed var sykepleieren tilsidesatt fra de andre tverrfaglige profesjonene grunnet begrensede kunnskap om målrettet rehabilitering.

Fokus på rehabilitering tendenserte ofte mot å bli sekundært i et subakutt miljø. Pasientene hadde generelt dårligere og mer kompleks sammensatt helsestatus, og derfor høyere risiko for forverring, noe som i større grad krevde at sykepleierne måtte prioritere sin behandlende rolle. Resultatene indikerte at rollen som rehabiliterer i klinikken var å bidra til økt pasientselvstendighet gjennom tilrettelegging, motivering og guiding i ADL.

Evnen til å integrere rehabilitering kom i stor grad an på den enkelte sykepleieren, som da enten påtok seg en aktiv eller passiv rolle i rehabiliteringen. En andel sykepleiere ble observert å gjøre aktiviteten *for* pasienten og ikke *med*. Vekslende grad av aktiv utøvelse av sykepleierens rehabiliterende rolle ble forklart med f.eks. forskjeller i kunnskapsnivå og/eller personlige oppfatninger av hva rollens funksjoner innebar. Endring i organisering og arbeidsoppgaver førte til at sykepleieren fikk en større administrativ funksjon i rehabiliteringsforløpet. Flere ga uttrykk for at dette førte til mangel på tid til individualisert rehabilitering og fysisk oppfølging av pasientene.

De valgte artiklene fra datasøket fremkommer i artikkelmatrisen under, og sammenfatter artiklenes sentrale elementer:

Artikkelmatrise

Art. nr.	Referanse	Hensikt	Metode	Funn
1	Digby, R., Bolster, D., Perta, A., & Bucknall, T. K. (2018). The perspective of allied health staff on the role of nurses in subacute care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 27(21-22), 4089-4099.	Å utforske alliert helsepersonells oppfatninger om rollen til sykepleiere som arbeider med rehabilitering i et subakutt miljø	Kvalitativ metode Fortolkende, beskrivende studie 14 allierte helsepersonell Semi-strukturerte intervjuer	Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon viste en manglende respekt for sykepleierens rolle og tilnærming til holistisk pleie i pasientens hverdagslige aktiviteter/rutiner
2	Digby, R., Bolster, D., Hughes, L., Perta, A., & Bucknall, T. K. (2020). Examining subacute nurses' roles in a changing healthcare context. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 29(13-14), 2260-2274.	Å utforske og beskrive sykepleierens rolle i rehabilitering og pleie av pasienter inneliggende på subakutt enhet.	Kvalitativ metode 14 sykepleiere 2 timers observasjon av deltakerne i arbeid Semi-strukturerte intervjuer	Sykepleier prioriterte personlig og klinisk pleie for pasienten fremfor alt annet. De ble ekskludert fra teambaserte avgjørelser grunnet sitt kliniske ansvar. Sykepleieren har en mangefasettert rolle i pasientrehabilitering som er dårlig forstått.
3	Loft, M. I., Poulsen, I., Esbensen, B. A., Iversen, H. K., Mathiesen, L. L., & Martinsen, B. (2017). Nurses' and nurse assistants' beliefs, attitudes and actions related to role and function in an inpatient stroke rehabilitation unit-A qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 26(23-24), 4905-4914.	Å utforske sykepleieres og hjelpepleieres tro, holdninger og handlinger knyttet til deres funksjon i en rehabiliterende avdeling på sykehus.	Kvalitativ metode Fortolkende, beskrivende studie 8 sykepleiere 6 hjelpepleiere 1 mnd observasjon av deltakerne i arbeid Semi-strukturerte intervjuer	Avdekker hvordan helsepersonells syn og oppfatning av rehabilitering påvirker deres arbeid og handlinger. Tre kategorier: Viktigheten av profesjonalisme og struktur, og synliggjøring av yrket
4	Dreyer, P., Angel, S., Langhorn, L., Pedersen, B., & Aadal, L. (2016). Nursing Roles and Functions in the Acute and Subacute Rehabilitation of Patients With Stroke: Going all in for the Patient. <i>Journal of Neuroscience Nursing</i> , 48(2), 108-15.	Beskrive de erfarte rollene og funksjonene sykepleiere hadde ved rehabilitering hos innlagte pasienter på sykehus	Kvalitative metode Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming 19 sykepleiere 3 fokusgrupper Semi-strukturerte intervjuer	Et tverrfaglig rehabiliteringsprogram må inkludere pasientens perspektiver i målsetting og opptrening. Sykepleieren har en koordinerende rolle i teamet, og fungerer som et talerør for pasienten.

5 Drøfting

5.1 Sykepleierens perspektiv på sin rehabiliterende rolle og funksjon

Deltakerne i studien utført av Loft et. al. (2017, s. 4909) synes det var vanskelig å sette ord på hva en sykepleier gjorde helt spesifikt i rehabiliteringsprosessen med slagrammede pasienter. De oppgir at selv deres kollegaer i det tverrfaglige samarbeidet, pasientene og pårørende hadde problemer med å identifisere sykepleierens rolle og funksjoner i arbeidet med rehabilitering. I studien utført av Digby et al. (2020) svarte deltakerne at deres fremste rolle var klinisk pasientbehandling og pleie. De uttrykte at kjernen i deres arbeid og ansvar var å sikre pasientenes grunnleggende behov gjennom personlig hygiene, administrering av medikamenter og annen klinisk pleie. Implementeringen av rehabilitering skjedde gjennom ADL. Vurdering og implementering av rehabilitering gjennom ADL samsvarer med hva Wergeland et al. (2020, s. 313) beskriver som behandling av slagrammede i subakutfase 2, hvor det skal være fokus på funksjonell oppgavetrening.

Kontinuitet i oppfølgingen av enkeltpasienter var avgjørende for at sykepleier kunne tilby strukturert personsentrert rehabilitering i sin rolle (Dreyer et al., 2016, s. 113). I følge Loft et al. (2017, s. 4911), gjorde en slik kontinuitet det mulig for sykepleieren å følge opp pasientens preferanser, mål og progresjon. Disse observasjonene stemmer overens med de nasjonale retningslinjene for behandling av slagrammede (Helsedirektoratet, 2017, s. 92) som er bygget på personsentrert arbeid.

Ofte var det allierte helsepersonell som bestemte rehabiliteringsprogrammet til pasientene. Likevel var det sykepleierne som hadde ansvar for å gjennomføre behandlingsplanen (Digby et al., 2020, s. 2267-2268), og de anså seg derfor som en del av pasientens rehabiliteringsprosess. Det som skiltes deres arbeid fra de andre tverrfaglige profesjonene var at de ikke drev med aktiv, intensiv trening med pasientene, men i stor grad ga støtte gjennom å blant annet utføre flere av de samme handlingene gjennom dagen (Loft et al., 2017, s. 4909). Sykepleierens bevarende funksjon er derfor en viktig del av sykepleiers rehabiliterende rolle. Gjennom å ivareta pasientenes grunnleggende behov og bidra til at pasientenes fysiske og psykiske energi opprettholdes, klarer sykepleieren å gi pasientene helhetlig pleie og omsorg, og legge til rette for optimal rehabilitering gjennom å sørge for en balanse mellom aktivitet og hvile samt forebygge komplikasjoner (Wergeland et al., 2020, s. 304).

5.1.1 Koordinering

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag legger vekt på at rehabilitering for slagrammede pasienter skal være en personsentrert og målrettet prosess, hvor målet er å forbedre funksjonen og oppnå størst mulig grad av uavhengighet (Helsedirektoratet, 2017, s. 92). I tillegg er god behandlings- og pleieresultater avhengig av at pasienten informeres om, og medvirker til, eget behandlingsopplegg da dette bidrar til at pasienten forholder seg mer aktivt og konstruktivt til helsetilstanden sin og helsehjelpen som mottas. For å oppnå dette, krever det en sterk og tillitsfull relasjon mellom behandler og pasient (Molven, 2019, s. 172). Den store likheten i studiene utført av Digby et al. (2020), Loft et al. (2017) og Dreyer et al. (2016) er at deltakerne oppgir at det er de som var til stede for pasientene gjennom hele døgnet. Fra det øyeblikket pasientene ankom avdelingen, var de i kontakt med sykepleier (Loft et al., 2017, s. 4909). Dreyer et al. (2016) sier at sykepleierne så på seg selv som den behandleren nærmest pasienten. Gjennom ivaretagelse av grunnleggende behov anså de seg selv som de best kvalifiserte til å forstå pasienten. De utdyper videre at det å jobbe som sykepleier innebærer å lære og forstå mennesket bak diagnosen, og at dette er nødvendig for å kunne yte personsentrert og holistisk sykepleie. I arbeidet med grunnleggende sykepleie danner sykepleieren et viktig fundament for pasientens rehabilitering (Loft et al., 2017, s. 4909).

På bakgrunn av relasjonen til pasienten, etablert gjennom det kliniske arbeidet utført hele døgnet (Digby et al., 2018, s. 4095), presenterte sykepleierne seg som “prosjektlederen” eller koordinator i pasientens rehabiliteringsforløp (Loft et al., 2017, s. 4909). Gjennom å koordinere tjenestene, planlegge og opprettholde en oversikt over rehabiliteringsprosessen, lå alltid sykepleierne et steg foran og var derfor en vesentlig del av å få pasienten gjennom rehabiliteringsforløpet. Rollen som koordinator var ikke utelukkende positivt for sykepleierne. De beskrev det som å være en blekksprut og arbeidet stadig ble mer tidkrevende. Dette stjal tid fra pasientpleie, noe som sykepleierne så på som en av hjørnesteinene i deres arbeid (Loft et al., 2017, s. 4910).

Flere av sykepleierne uttrykker at en av deres viktige funksjoner i den rehabiliterende rollen var å fungere som et bindeledd i kommunikasjonen mellom det tverrfaglige teamet og pasienten (Digby et al., 2020, s. 2264-2266). Dette samsvarer med beskrivelsen av sykepleiers integrerende funksjon, som sier at sykepleier skal være pasientens talsperson mellom de ulike profesjonene det tverrfaglige samarbeidet (Wergeland et al., 2020, s. 304).

For å kunne være pasientens talsperson, krever det en åpen og god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Her har sykepleier et faglig ansvar for å legge til rette for det (Molven, 2019, s. 172). Ved å fungere som et bindeledd i kommunikasjon, har sykepleieren et godt utgangspunkt for å sikre pasientens rett til brukermedvirkning i behandlingsplanen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3. Det kunne likevel være vanskelig for sykepleierne å sikre god kommunikasjon med resten av det tverrfaglige teamet. De hadde sjeldent mulighet til å være til stede under møter der pasientenes behandling ble diskutert, og var derfor ikke direkte involvert avgjørelser som ble tatt (Digby et al., 2018, s. 4095). Ofte foregikk kommunikasjonen som uformelle diskusjoner mellom sykepleier og de andre i teamet om pasientens mål, progresjon og funksjon utenfor teammøtene (Digby et al., 2020, s. 2268).

5.1.2 Kunnskap og utvikling

Det var en felles enighet blant deltakerne om at god rehabilitering var avhengig av profesjonalisme, og at hensikten med rehabilitering er en prosess der pasienten jobbet seg mot en endring – en endring som handlet om å komme seg så langt tilbake til tidligere funksjonsnivå ut fra de forutsetningene pasientene nå hadde. Dette krevde ifølge deltakerne å ha kunnskap og erfaring om pasientenes skader. Det var likevel en uenighet om hvordan sykepleie og rehabilitering skulle gjennomføres i sykepleiernes daglige arbeid. Noen mente at det ikke var en forskjell mellom de to konseptene, og at de var dypt knyttet til hverandre, mens andre snakket om at sykepleie og rehabilitering var fullstendig distinkt fra hverandre (Loft et al., 2017, s. 4908). Dette kan skyldes manglende kunnskap og erfaring blant deltakerne.

Et annet problem som ble identifisert var at sykepleierne tidvis følte de arbeidet med pasienter de i utgangspunktet ikke hadde god nok kompetanse til å gi tilstrekkelig pleie. Den omfattende og varierte arbeidsmengden begrenset i tillegg muligheten for ha faglige diskusjoner (Digby et al., 2020, s. 2269; Loft et al., 2017, s. 4911). Flere deltakere uttrykte et ønske om mer opplæring eller kursing for kompetanseheving relatert til sykepleierens rehabiliterende rolle, men at det ikke var tid til dette (Loft et al., 2017, s. 4908). God rehabilitering er ifølge forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, §3) avhengig av oppdatert kunnskapsbaserte tiltak, noe som virket å dels utebli i et slikt arbeidsmiljø. Manglende kunnskap og erfaring vil hindre sykepleierne i å arbeide etter kravet om faglig forsvarlighet. Det å utøve forsvarlig sykepleie forutsetter i tillegg at sykepleieren arbeider kunnskapsbasert, er oppdatert på fagområdet samt kjenner sine faglige begrensninger

(Yrkesetiske retningslinjer, i.d.). I tillegg vil det hindre sykepleieren å sørge for at pasienten bidrar i egen behandling og rehabilitering. Som en konsekvens kan det argumenteres for at sykepleieren som rehabiliterer i mindre grad oppfyller de kravene som stilles til utøvelsen av denne rollen (Helsedirektoratet, 2017; Wergeland et. al., 2020, s. 304). Brekklund et. al. (2018) peker på at sykepleierens begrensede kunnskap om den rehabiliterende rollen delvis kan forklares av manglende fokus på emnet i bachelorutdanningen. Likevel virket det som en større andel av deltakerne i Loft et. al. (2017, s. 4911) var enige om det å være “bedside 24/7” ga sykepleierne best kunnskapsgrunnlag blant de involverte i behandlingen til å tilrettelegge for pasientens rehabiliteringsforløp.

5.2 Rehabilitering i et subakutt miljø

Digby et. al. (2018, s. 4092) fant i sine undersøkelser at en økning i akutt syke pasienter, og større krav til raskere utskrivelse krevde mer tid og ressurser til sykepleierterapeutiske intervensjoner og klinisk behandling før de var klare for rehabilitering. Dette virket å oppta sykepleiernes prioriteringer. Dette samsvarer ikke fullstendig med Wergeland et. al. (2020, s. 312) og de nasjonale retningslinjene (Helsedirektoratet, 2017) som understreker at fokus på rehabilitering av slagrammede skal prioriteres parallelt med behandling da dette har stor betydning for pasientens funksjonsevne og livskvalitet. Disse observasjonene ble også gjort av Digby et. al. (2020, s. 2268-69), der mangel på tid til individualisert oppfølging grunnet tidsbegrensninger ble sett på som et stort problem blant sykepleierne. Loft et. al. (2017, s. 4910) understøttet dette, og påpekte på sin side at god rehabilitering ble hindret av bemanningsproblemer. Varierende alvorlighetsgrad i pasientenes sykdomsbilde på den subakutte avdelingen krevde mye støtte og tidvis omprioriteringer av ressurser. Samtidig hadde det blitt vanligere å beholde pasienter som tidligere ville blitt sendt videre til et høyere behandlingsnivå. Som et resultat ga sykepleiere uttrykk for at noen pasienter ble forsømt mer enn andre (Digby et. al., 2020, s. 2266). Årsakene var mange til forstyrrelsene - som å ta telefonen, respondere på alarmer eller hjelpe kollegaer. Loft et. al. (2017, s. 4911) påpekte også hvordan det fysiske miljøet påvirket sykepleiers evne til å utføre rehabilitering. De trekker blant annet fram ferdighetstrening som et eksempel på pasientens ADL var begrenset på grunn av manglende tilgjengelighet på fasiliteter, f.eks. egne bad. Disse funnene samsvarer ikke med hvordan de nasjonale retningslinjene beskriver organisering av en slagenhet for å sikre god rehabilitering (Helsedirektoratet, 2017), men grad av overførbarhet forutsetter også en sammenlikning av hvordan enhetene i forskningen er organisert.

Gjennomgående i flere av artiklene ble det vist at mangelen på tid gjorde det vanskelig for sykepleierne å oppmuntre og veilede pasientene til selvstendighet, der ADL som ble ansett som en viktig faktor i rehabiliteringen (Digby et. al, 2018, s. 4092; Digby et. al., 2020, s. 2269). Disse observasjonene viser derfor at den tiltenkte sykepleierrollen som rehabiliterer ofte ikke ble påtatt. Dreyer et. al. (2016, s. 114) avdekket at til tross for at sykepleierens arbeid - og funksjonsområde skulle ha et likeverdig fokus på rehabilitering i den subakutte konteksten, understreket deltakerne at å dekke pasientens grunnleggende behov for sykepleie fortsatt var første prioritering i deres yrkesutøvelse. Videre viste Dreyer et. al. (2016, s. 114) i hovedsak at fokuset til sykepleierne var å lage en behandlingsplan som skulle integreres i den daglige pleien som skulle føre til opprettholdelse av kontinuitet i ADL-trening gjennom hele døgnet.

Loft et. al. (2017, s. 4911) trakk frem at tidsbegrensninger hemmet kvaliteten og mengden på rehabiliteringen som ble gitt. Dette var spesielt tydelig hos pasienter med gjennomgått hjerneslag, der sykdomsspesifikke utfall krevde tålmodighet til å la dem selv forsøke å utføre ADL-relaterte teknikker og øvelser utenfor de fastsatte allierte profesjonenes treningstimer (Wergeland, 2020). Loft et. al. (2017, s. 4911) pekte også på at de kognitive utfordringene til mange slagrammede førte til at sykepleierne ofte endte opp med å gjøre ADL *for* i stedet for *med* pasientene. Basert på disse funnene kan det se ut til at sykepleierens tiltenkte funksjon som aktiv veileder for pasienten i rehabiliteringen i varierende grad ble passiv. Sykepleierens rolle som motivator for å fremme mestring og håp i denne prosessen virket derfor til dels forsømt (Wergeland et. al., 2020, s. 304; Helsedirektoratet, 2017) Det kan diskuteres hvorvidt mangel på tid var en *faktisk* faktor for at sykepleierens rehabiliterende rolle ble marginalisert, eller om det var andre innvirkende aspekter som førte til dette, som f.eks. prioritering av arbeidsoppgaver, indre motivasjon, grad av effektivitet eller kunnskapsnivå.

5.3 Allierte profesjoners syn på sykepleierens rolle og funksjon

I følge Digby et. al. (2018, s. 4093) hadde alliert helsepersonell forventninger til at sykepleieren skulle ta på seg en rehabiliterende rolle, og anså denne rollen som en integrert del av sykepleierens oppgaver. Andre deltakere mente at sykepleierens viktigste funksjon i rehabiliteringsprosessen var å forberede pasientene til de allierte personells fastsatte timer på dagtid (Digby et. al., 2018, s. 4095). Overordnet skulle deres rolle fungere som pådrivere for rehabilitering gjennom å motivere og veilede pasienten til å utføre teknikker og øvelser lært i de allierte helsepersonellens terapitimer i ADL. De pekte på at årsaken til at en del sykepleiere ikke oppfylte disse forventningene kunne være manglende evne til å tilpasse seg et yrke og helsesystem i endring. Dette er endringer i sykepleierens rolle - og funksjonsområder som Norsk sykepleierforbund (NSF, i.d.a) og Sykepleien (2019) har problematisert.

Sykepleierne var fokusert på generalisert sykepleie i stedet for å påta seg en mer spesialisert, rehabiliterende rolle (Digby et. al., 2018, s. 4095). Ifølge Digby et. al. (2020, s. 2268) rapportere sykepleiere at de allierte helseprofesjonene hadde urealistiske forventninger til sykepleierne om hva som var mulig for dem å gjennomføre innenfor deres tidsrammer. Dette skyldes i stor grad profesjonenes faglige ansvar, der fysioterapeuter f.eks. har ene og alene en rehabiliterende rolle, mens sykepleierne er forpliktet til flere roller. Mathisen (2015, s. 139) støtter dette ved å eksemplifisere Henderson; nemlig at rammene for sykepleietjenesten har gjennomgått store forandringer, noe som kan gjøre det vanskelig å omsette disse prinsippene i dagens praksis. Det var kun i unntakstilfeller at sykepleieren skulle arbeide utenfor sitt fag. Det er tydelig at sykepleierens fag - slik den ble beskrevet for 60 år siden - nå favner et større rolle - og funksjonsområde. Funnene gir derfor inntrykk av at et tverrfaglig samarbeid i praksis ligner mer et flerfaglig samarbeid, ettersom profesjonene ser ut til å arbeide mer atskilt enn hva teorien forteller oss (Kristoffersen, 2015, s. 309).

5.3.1 Kommunikasjon mellom profesjonene

Profesjonene snakket sjelden sammen om tilpassing og utvikling av behandlingsplanen, men mest om pasientens progresjon i følge Digby et. al. (2020, s. 2267-68). Informasjon som ble videreformidlet til eller fra de som deltok på teammøter ble ikke alltid nøyaktig formidlet. Sykepleierne hadde som regel ikke mulighet til å selv delta på teammøter noe som fikk dem til å sette spørsmål om deres profesjonelle rolle og status innad i teamet. Det fremkommer dermed en betydelig diskrepans mellom observasjonene i Digby et. al (2020) og kravet i den

nasjonale veilederen for helse - og sosialtjenesten der god kvalitet defineres bl.a. av samordning og kontinuitet (Sosial - og helsedirektoratet, 2005, s. 12). Fra de allierte helsepersonellens perspektiv derimot, så de muligheter for å arbeide tettere med sykepleierne, men at et av problemene var mangel på direkte kommunikasjon mellom dem samt forskjellig arbeidspraksis. Blant annet ble individuelle målplaner for pasientene fastsatt på teammøter som sykepleierne ikke hadde tid til å være med på. Dette var også konsensus blant sykepleierne, som forklarte at de noen ganger måtte justere målplaner satt på teammøtene fordi de var urealistiske (Digby et. al., 2020, s. 2267-68). En deltaker argumenterte for at den eneste måten å forbedre pasientbehandling var å forbedre teamsamarbeidet (Digby et. al., 2018, s. 4095). Clarke (2013, s. 1220-1221) foreslår samlokalisering av profesjonene som en mulig løsning som kan fremme kommunikasjon og dialog om rehabilitering. Dette vil muligens føre til et samlet ethos om hvordan rehabilitering skal utføres med slagrammede.

5.3.2 Måling av bidrag til rehabiliteringen

Funn i Dreyer et. al. (2016, s. 115) avdekker at det i et rehabiliteringsprogram er enklere for de allierte profesjonene å tildele numeriske verdier etter pasientens prestasjoner og progresjon. Skåring av pasientens opptrening viste seg å veie tyngre i planleggingen av rehabiliteringsprogrammet. Sykepleierne mente det var viktig å respektere hverandres profesjoner og observasjoner samt være lojal til de avgjørelsene som ble gjort sammen tverrfaglig innad i teamet. En slik holdning reflekterer i stor grad 4.1 i de yrkesetiske retningslinjene, og Hendersons teori om samarbeid i sykepleien (Mathisen, 2015, s. 139-40).

Å få sitt rehabiliterende arbeid med pasienten anerkjent som verdifullt og produktivt i det tverrfaglige miljøet kunne likevel være problematisk. Sykepleierne måtte aktivt arbeide for å synliggjøre deres rehabiliterende rolle i forløpet både for dem selv, de tverrfaglige profesjonene, pasientene og de pårørende (Dreyer et. al., 2016, s. 115; Loft et. al, 2017, s. 4909). Digby et. al. (2020, s. 2267-68) fant at noen av sykepleierne så på seg selv som mindre kvalifiserte enn andre medlemmer av teamet til tross for at de hadde like høy utdanning: “they’re the professionals and we are the nurses” (Digby et. al., 2020, s. 68). Annen forskning støtter disse observasjonene, der alliert helsepersonell anser seg som instruerende eksperter overfor sykepleiernes rehabiliterende rolle (Clarke, 2013, s. 1220). En slik holdning forsterker en tankegang og oppfatning om at rehabilitering er separat fra sykepleie. Dette svekker Kirkevolds teoretiske rammeverk for sykepleierens rehabiliterende funksjoner (Wergeland, 2020, s. 304). Ekskludering fra viktige avgjørelser som var styrende i

pasientens rehabilitering følte mange sykepleiere ble en refleksjon av deres bidrag som sykepleiere og anerkjennelse av profesjonen. Holter (2015, s. 115) forklarer dette som et vanlig fenomen i sykepleierprofesjonens tjenester. Hun understreker at en stor del av deres kunnskapsgrunnlag, som innebærer samhandling og relasjonelle forhold, ikke kan måles med kvalitetsindikatorer. Samtidig blir sykepleierens rolle som samarbeidspartner ansett som attraktivt i det tverrprofesjonelle samarbeidet på grunn av sin kompetanse innen kartlegging av grunnleggende behov, døgnkontinuerlige oversikt, og koordineringsevne (Holter, 2015, s. 116).

6. Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å gjøre en litteraturgjennomgang av forskning som beskriver sykepleierens rolle og funksjon i rehabilitering av slagrammede i de subakutte fasene. Begrunnelsen for valg av tema ønsket å belyse den usikkerheten forfatterne hadde i denne sammenhengen. Forskningen presentert og analysert gjennom de foregående kapitlene peker på flere omstendigheter der sykepleieren er involvert i rehabiliteringen av pasientene. De fremhever også sykepleieres posisjon i tverrfaglig team, der noen deltakere uttrykte følelser av marginalisering relatert til deres bidrag og rolle i rehabiliteringsprosessen. Til tross for at det teoretiske grunnlaget anerkjenner sykepleierens rolle i det tverrfaglige samarbeidet, kan det likevel være rimelig å anta at de fleste sykepleiere er dels avhengig av tilbakemeldinger fra pasient og pårørende for å få bekreftelse på at deres arbeid er i rehabiliteringsøyemed.

Våre funn viser at sykepleierens rehabiliterende rolle av pasienter i de subakutte fasene innebærer flere funksjoner, men at det er den koordinerende funksjonen som blir mest aktualisert og fremhevet som viktigst. Hva koordinering spesifikt innebærer, utover det delegerings- og administrasjonsarbeidet sykepleierne gjorde, virker dog vanskeligere å beskrive i detalj. Sykepleieren har også en fysisk deltakende funksjon i rehabiliteringen i form av pasientens ADL. Det fremkommer videre at sykepleieren har en sentral funksjon som pasientens talerør i å formidle deres behov. Samtidig er sykepleieren pasientens nærmeste støttespiller for å artikulere følelser, samt utarbeide mål. Disse observasjonene stemmer overens med Kirkevolds beskrivelse av sykepleierens støttende og fortolkende funksjon i rehabiliteringsarbeidet. I tillegg viser teorien at rehabiliteringssykepleie favner et bredt ansvarsområde, som skal dekke både fysiske og psykososiale behov etter et hjerneslag. Våre funn bekreftet også denne teorien.

Likevel viser funnene at det fortsatt eksisterer uklarheter rundt sykepleiers rehabiliterende rolle i praksis. I hvert fall slik det fremkommer i beskrivelsene til sykepleierne og de allierte helseprofesjonene. Dette står i kontrast med de konkrete planene og rammene som er etablert på nasjonalt nivå. Litteraturen fremstår også tydelig i sykepleierens funksjon - og arbeidsområder. I lys av dette ser det ut til å være et vakuum - der det eksisterer forskjeller mellom teori og praksisutøvelse, men også individuelle opplevelser, oppfatninger og erfaringer blant sykepleierne selv. Dette virket å være fellesnevneren i den inkluderte

forskningen i denne oppgaven, som generelt konkluderer med at sykepleierens rehabiliterende rolle ikke inngår i et fastsatt og etablert rammeverk. Det er ingen tvil om at sykepleieren utgjør en essensiell del av pasientens rehabiliteringsforløp, men at arbeidet ikke er tilstrekkelig forstått. Forfatterne av denne oppgaven avfeier ikke muligheten for at sykepleierne selv stiller spørsmål ved sin rolle i rehabiliteringen fordi oppgavene de utfører i utgangspunktet ikke er ansett som “rehabilitering” i et tradisjonelt perspektiv, noe som gjør at de devaluerer sitt eget bidrag. Det kan derfor være rimelig å anta at sykepleierens rolle i rehabilitering og behandling av slagrammede i de subakutte fasene i stor grad er diffus nettopp fordi arbeidet kan oppfattes som overlappende. Dessverre er det mangelfull forskning som kan støtte disse påstandene. Avslutningsvis må det påpekes at data med utgangspunkt i norsk-organiserte slagenheter er fraværende, noe som kan bidra til at konklusjoner basert på de forutnevnte analysene gir et ubalansert eller uberettiget syn på sykepleierens rehabiliterende rolle og funksjon i Norge.

Litteraturliste

- Association of Schools of Allied Health Professions. (27. October, 2015). *What is Allied Health?*. Hentet 24. mars, 2022 fra <https://www.asahp.org/what-is>
- Australian Government Department of Health. (i.d.). *About Nurses and Midwives*. Hentet 7. mars, 2022 fra <https://www.health.gov.au/health-topics/nurses-and-midwives/about>
- Bertelsen, A. K. (2014). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (1. utg., s. 313-336). Gyldendal Norsk Forlag.
- Brekklund, J., Eggen, K., Furelid, B. & Lunde, T. E. (26. juni, 2018). *Sykepleierens rehabiliterende funksjon må vektlegges i utdanningen*. Hentet 1. april, 2022 fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/06/sykepleierens-rehabiliterende-funksjon-ma-vektlegges-i-utdanningen>
- Clarke, D. J. (2013). Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9-10), 1201-1226.
- Dalland, Olav. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Digby, R., Bolster, D., Hughes, L., Perta, A., & Bucknall, T. K. (2020). Examining subacute nurses' roles in a changing healthcare context. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2260-2274.
- Digby, R., Bolster, D., Perta, A., & Bucknall, T. K. (2018). The perspective of allied health staff on the role of nurses in subacute care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4089-4099.
- Dreyer, P., Angel, S., Langhorn, 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), 108-15.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Fossum, M. Dahl, A. F & Slettebø, Å. (11. november, 2020). *Moderne sykepleierutdanning omfatter både teknologi og omsorg*. Universitetet i Agder. Hentet 1. april, 2022 fra <https://www.uia.no/nyheter/moderne-sykepleierutdanning-omfatter-baade-teknologi-og-omsorg>
- Funksjon. (u.å.). I *Det Norske Akademis Ordbok*. Hentet 9. april 2022 fra <https://naob.no/ordbok/funksjon>

- Helsedirektoratet. (2017). *Hjerneslag - Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Helsedirektoratet. Hentet 28. mars, 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/hjerneslag>
- Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). *Nasjonal veileder: Tverrfaglig samarbeid med grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. Helsedirektoratet. Hentet 14. desember, 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Helsedirektoratet. (2018). *Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team*. Helsedirektoratet. Hentet 28. mars, 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team>
- Helsedirektoratet. (2019). *Årsrapport 2019: Omsorg 2020* (Rapport IS-2923). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019/pdf-versjon-av-rapporten>
- Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 107-118). Cappelen Damm Akademisk.
- ICN. (i.d.). *Nursing definitions*. Hentet 23. mars, 2022 fra <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- Johansen, H. (2020). *Personsentrert tilnærming må omfatte alle*. *Sykepleien*. 108(80196). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80196>
- Kristoffersen, N. J. (2015). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1*. (2. utg., s. 281-336). Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet 7. mars, 2022 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/rammeplaner/id435163/>
- Loft, M. I., Poulsen, I., Esbensen, B. A., Iversen, H. K., Mathiesen, L. L., & Martinsen, B. (2017). Nurses' and nurse assistants' beliefs, attitudes and actions related to role and

function in an inpatient stroke rehabilitation unit-A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4905-4914.

Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 119-141). Cappelen Damm Akademisk.

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utgave). Gyldendal Akademisk

National Library of Medicine (PubMed, i.d.). *PubMed Overview*. Hentet 30. mars, 2022 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>

Norsk sykepleierforbund. (i.d.a). *Nye roller for sykepleiere*. Hentet 6. april, 2022 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/nye-roller-sykepleiere>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 28. mars, 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

NSD. (i.d.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 26. mars, 2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Nursing and Midwifery Board. (1. June, 2016). *Registered Nurse Standards for Practice*. Hentet 7. mars, 2022 fra <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/codes-guidelines-statements/professional-standards/registered-nurse-standards-for-practice.aspx>

Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering* (1. utgave.). Gyldendal Akademisk.

Sosial - og helsedirektoratet. (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial - og helsetjenesten - til deg som leder og utøver*. Sosial - og helsedirektoratet. Hentet 29. mars, 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

Sykepleien. (2019). *Hva er sykepleie, og hva burde det være?*. Hentet 7. april, 2022 fra <https://sykepleien.no/sykepleien/2019/04/hva-er-sykepleie-og-hva-burde-det-vaere>

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

- Thommassen, B. & Wyller, T. B. (2007, 3. mai). Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskriftet, Den norske legeforening*.
<https://tidsskriftet.no/2007/05/tema-hjerneslag/sykehusbasert-rehabilitering-etter-hjerneslag>
- Tjora, A., Skirbekk, S. & Tjernshaugen, A. (2021, 22. februar). *Rolle*. Store Norske leksikon.
<https://snl.no/rolle>
- United Nations. (2020, Desember). *Human development report 2020: The Next Frontier: Human Development and the anthropocene*. Hentet 10. mars, 2022 fra
<https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020.pdf>
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. G. (2020). Sykepleie ved hjerneslag. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg., s. 303-328). Gyldendal Akademisk.