



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	24-02-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-04-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave )		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
<b>Intern sensor:</b>	Torill Synnøve Harneshaug		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 655

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Når livet får en uønsket pause **Egenerklæring \*:** Ja **Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt \*:** Ja

**Antall ord \*:** 8885

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei

# BACHELOROPPGAVE

Når livet får en uønsket pause  
When life gets an unexpected break

**Kandidatnummer: 655**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Torill Synnøve Harneshaug

Innleveringsdato: 22. april 2020 kl.



Høgskulen  
på Vestlandet

## *Når livet får en uønsket pause*

*«Milliarder av nerveceller har kontinuerlig signaltrafikk i små og store nettverk. Hjernen er den mest komplekse strukturen vi kjenner i universet. Det er vårt uerstattelige organ og gjør oss til den vi er. Vi må ta godt vare på hjernen»*

(Henrik Peersen, Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

### **Bachelor i sykepleie**

Høgskulen på Vestlandet, Stord, kull 2017

Innleveringsdato: 22.04.2020

Antall sider: 26

Antall ord: 8885

## **Sammendrag**

**Tittel:** Når livet får en uønsket pause

**Bakgrunn:** Hvert år er det omtrent 13 000 nordmenn som får ervervet hjerneskade med ulikt omfang og varierende alvorlighetsgrad. Sykdom og skade i hjernen kan føre til varige mén som personlighetsendring eller funksjonshemming. For pasient kan slike utfall oppleves overveldende, og føre til en rekke stressreaksjoner. Selv opplevde jeg en traumatisk ervervet hjerneskade for bare to år siden, og har med det sett viktigheten av sykepleiers rolle i rehabiliteringsprosessen.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter i rehabiliteringsfasen etter traumatisk ervervede hjerneskader?

**Hensikt:** Hensikten med studien er å belyse ulike måter sykepleier kan bidra til at pasienter med hjerneskade kan oppleve mestring av sykdommens individuelle utfall.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie.

**Resultat/funn:** Funn fra flere av forskningsartiklene viser at tidlig og tilrettelagt intervensjon er viktig i behandlingsforløpet. Intervensjoner kan forebygge ulike psykiske symptomer, samtidig som det legger til rette for veiledning av mestringsstrategier. Kommunikasjon, fagkunnskap og pedagogikk er viktige kompetanseområder i møte med pasienter. Samtidig forteller pasienter om forståelse, tålmodighet og støtte som viktige verdier hos helsepersonell. Målsetting har en motiverende effekt i rehabiliteringen og bidrar til en helhetlig rehabiliteringsprosess.

**Oppsummering:** Arbeid med personer som har traumatisk hodeskade er krevende, da det er særs mange individuelle konsekvenser/utfall av skadeomfanget. Likevel viser resultatet at tidlig og spesifikk behandling er sentralt. Sykepleiers holdninger og oppførsel kan fremme pasientdeltakelse. Med utgangspunkt i dette kan pasienten aktivt delta i samarbeid med helsepersonell for å lage en rehabiliteringsplan med målsetting.

**Nøkkelord:** Traumatisk ervervet hjerneskade, rehabilitering, stress og mestring, målrettet behandling, pasientdeltakelse, støtte

## **Abstract**

**Title:** When life gets an unexpected break

**Background:** Every year there are approximately 13 000 Norwegians suffering from acquired brain injuries in various severity. A damage or an illness in the brain can cause permanent changes in the personality. Changes like this are often overwhelming. This can for example cause unwanted stress reactions for the person. The background for my interest in this theme is because of a personal experience. I had myself a brain damage 2 years ago. I can surely ensure the importance need of sufficient knowledge in this particular area.

**Research question:** How can nurses contribute coping for patients in rehabilitation, following traumatic acquired brain injury?

**Purpose:** The purpose of this study is to shed light on how nurses with their work, can contribute with coping strategies after a brain damage for the patients.

**Method:** Systematic literature study.

**Findings:** Research shows that early and facilitated interventions are important in the course of treatment. Interventions can prevent psychological symptoms, and that will as well facilitate tutoring coping. Communication, expertise and pedagogical are important competence areas in interference with patients. Patients are also expressing the importance of these values in health professionals, as well as patience, understanding and support. Goal setting is also a complementary piece of the healing process; it has a motivational effect in the rehabilitation.

**Conclusion:** Working with persons with brain injuries is demanding, because it can have a lot of individual consequences. Yet the results shows that early and specific treatment is important. The nurse's attitude and behavior can have a strong impact in patient participation. Then the patient actively can participate in cooperation with the health professionals to make a rehabilitation plan with goal settings for themselves.

**Keywords:** Traumatic acquired brain injury, rehabilitation, stress and coping, targeted treatment, patient participation, support

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2	HENSIKT MED OPPGAVEN .....	2
1.3	PROBLEMSTILLING .....	2
1.4	AVGRENSNING OG PRESISERING .....	2
<b>2.0</b>	<b>TEORI</b> .....	<b>3</b>
2.1	BENNER OG WRUBEL .....	3
2.2	MESTRING .....	4
2.3	TRAUMATISK ERVERVET HJERNESKADE .....	5
2.4	REHABILITERING .....	6
2.5	SYKEPLEIERENS FUNKSJON OG ANSVAR I REHABILITERINGSPROSESSEN .....	6
<b>3.0</b>	<b>METODE</b> .....	<b>7</b>
3.1	HVA ER METODE? .....	7
3.2	LITTERATURSTUDIE .....	7
3.3	FREMGANGSMÅTE OG LITTERATURSØK .....	8
3.4	METODEKRITIKK .....	10
3.4.1	<i>Vurdering av egen oppgave</i> .....	10
3.4.2	<i>Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur</i> .....	11
3.4.3	<i>Etikk i oppgaveskriving</i> .....	12
<b>4.0</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
4.1	ARTIKKEL 1 .....	13
4.2	ARTIKKEL 2 .....	13
4.3	ARTIKKEL 3 .....	14
4.4	ARTIKKEL 4 .....	15
4.5	ARTIKKEL 5 .....	15
4.6	ARTIKKEL 6 .....	16
4.7	ARTIKKEL 7 .....	16
4.8	SAMLET ANALYSE AV RESULTATENE .....	17
<b>5.0</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>18</b>
5.1	Å STØTTE PASIENTEN .....	18
5.2	Å LEGGE TIL RETTE FOR PASIENTDELTAKELSE .....	21
5.3	Å LEGGE TIL RETTE FOR MÅLRETTET BEHANDLING .....	23
<b>6.0</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>26</b>
	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>27</b>
	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>30</b>
	VEDLEGG 1 – PICO-SKJEMA .....	30
	VEDLEGG 2 – SØKETABELLER .....	31
	VEDLEGG 3 – LITTERATURMATRISE .....	32
	VEDLEGG 4 – DRØFTETABELL .....	35
	VEDLEGG 5 – KVALITATIV SJEKKLISTE .....	36

## 1.0 Innledning

I første kapittel presenterer jeg bakgrunn for valg av tema for bacheloroppgaven. Derunder sykepleierfaglig relevans og personlige erfaringer. Videre presenterer jeg oppgavens hensikt. Til slutt kommer problemstilling med aktuell avgrensning og presisering.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven handler om hvordan sykepleiere kan fremme mestring hos pasienter som har opplevd traumatisk ervervet hjerneskade. Årlig er det 13 000 nordmenn som rammes av ervervet hjerneskade. Av alle de rammede er det store forskjeller i alvorlighetsgrad og prognose (Helsedirektoratet, 2017, s. 33). Ervervede hjerneskader oppstår i normalt utviklede hjerner hos voksne mennesker, og har variasjoner i årsak, skade og omfang. Traumatiske ervervede hjerneskader kommer som følge av trafikkulykke, fallskade, vold eller andre ytre faktorer (HelseNorge, 2017).

Flesteparten av pasienter med traumatisk ervervet hjerneskade står overfor store omveltninger og utfordringer i sin kommende hverdag. De står i fare for tap av kroppslige og kognitive funksjoner, og dermed omfattende behov for helsehjelp (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015, s. 17). Regionale helseforetak skal tilby og yte rehabilitering i spesialisthelsetjenesten til personer med behov for det (forskrift om habilitering og rehabilitering, 2001, §10). I tråd med St.Meld.26 (2014-2015) fremmer regjeringen en *opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering*. I den står det blant annet at helhetlige pasientforløp skal komme i fokus, og at det er behov for kompetanse blant helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 14). I helsevesenet brukes ordet rehabilitering om innsatsen som gjøres i samarbeid med pasienten for å styrke funksjonsevner etter sykdom eller skade (Romsland et al., 2015, s. 11).

Sykepleier er en sentral person i møte med et bredt utvalg av pasienter som har behov for rehabilitering. I og med at pasienter kan ha sammensatte behov, er en sentral sykepleieroppgave å legge til rette for mestring og autonomi (Romsland et al., 2015, s. 11). I likhet med dette sier også yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienter (Norsk sykepleierforbund, 2011). Ut i fra dette forstår jeg at sykepleiers rolle og ansvar i rehabiliteringsprosessen er relevant i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I sum gjør dette at oppgaven har god overføringsverdi til flere deler av yrket.

For bare kort tid siden fant jeg meg selv i situasjonen som pasient etter en traumatisk ervervet hjerneskade. Som følge av en fallulykke ble jeg kritisk skadet og tilbrakte over en måned på ulike sykehusavdelinger. Etterhvert som jeg kom til meg selv igjen, merket jeg at små og hverdagslige gjøremål var mye tyngre enn jeg var vant til. Dette gjorde at jeg ble mer bevisst på viktigheten av å holde kroppslige og kognitive prosesser i gang etter alvorlige hodeskader. I rehabiliteringsforløpet etter skaden la jeg merke til at det var mange profesjoner som kom og gikk etter avtale. Sykepleierne derimot, var alltid i nærheten og tilgjengelige. Sykepleierne organiserte hverdagen min, og hadde kontroll på avtaler. De støttet og motiverte meg. Dag etter dag og vakt etter vakt. I tillegg til førstehåndserfaring fra fagfeltet, har jeg i ulike praksiser møtt på unge mennesker som har vært utsatt for ervervede hjerneskader. Med det har jeg erfart at en felles oppfatning er at rehabiliteringsfasen er krevende.

## 1.2 Hensikt med oppgaven

Oppgavens hensikt er å skaffe kunnskap og økt innsikt om hvordan sykepleier kan støtte og fremme mestring hos pasienter med traumatisk ervervet hjerneskade. Oppgaven er en litteraturstudie og bygger på Benner og Wrubel sin sykepleieteori. Med utgangspunkt i dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

## 1.3 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter i rehabiliteringsfasen etter traumatisk ervervede hjerneskader?*

## 1.4 Avgrensning og presisering

I oppgaven fokuserer jeg på traumatiske hjerneskader som følge av ytre faktorer som for eksempel trafikkulykke, fallulykke eller vold. Fokuset mitt er på tidlige rehabiliteringsprinsipp og hvordan sykepleier kan fremme mestring. Derfor er det hensiktsmessig at fokus er på pasienter som befinner seg på sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon. Ettersom det er store individuelle forskjeller på skade og behandlingsforløp etter hjerneskader har jeg ingen spesifikk tidsavgrensning. Den mest utsatte gruppen for traumatiske hodeskader er unge personer under 30 år, og dermed er dette en naturlig avgrensning.



## 2.0 Teori

For å svare best mulig på problemstillingen er det nødvendig med relevant teori i grunn. I dette kapitlet forklarer jeg frem Benner og Wrubel sin sykepleierteori. Deretter presenterer jeg teori om mestring, traumatisk ervervet hjerneskade og rehabilitering. Tilslutt beskriver jeg sykepleiers funksjon og ansvar i rehabiliteringsprosessen.

### 2.1 Benner og Wrubel

Sykepleierne Patricia Benner og Judith Wrubel er professorer ved universitet i California, og utga i 1989 boken «The primarcy of caring». I korte trekk omhandler teorien deres forholdene mellom omsorg, stress og mestring og sunnhet (Benner og Wrubel, 2001, s. 14). Målet for sykepleie er å hjelpe eller styrke personers resurser til å bli hva eller hvordan de ønsker. Det vil si at sykepleier skal hjelpe pasienten å mestre eller leve med sin sykdom. Dette må gjøres med utgangspunkt i hva som er meningsfullt for pasienten og deres oppfatning av sykdommen eller skaden (Benner & Wrubel, 2001, s. 30-31). Teorien er en fenomenologisk vitenskapsfilosofi, som vil si at den ser mennesket som et selvfortolkende vesen (Benner og Wrubel, 2001, s. 29).

Heidegger referert til i Benner og Wrubel (2001, s. 64) forklarer at mennesket ikke er forhåndsbestemt til verden, men blir derimot definert i løpet av livet sitt. Dette er et fenomenologisk syn på mennesket, og tar utgangspunkt i at mennesket utvikler seg gjennom hele livet. Teorien sier at som sykepleier må man se hele personen bak mennesket. Det er fire aspekter som beskriver det å være et menneske via et fenomenologisk syn. *Kroppslig intelligens* er sanser og følelser er kunnskap man er født med (Benner og Wrubel, 2001, s. 65-66). Andre aspekt er *bakgrunnsforståelse*, som vil si kunnskap mennesker tilegner seg fra miljøet rundt seg i oppveksten (Benner og Wrubel, 2001, s. 69). *Spesielle anliggender* vil si at mennesker blir involvert i verden fordi mennesker og fenomener betyr noe for oss (Benner og Wrubel, 2001, s. 71). Det siste aspektet blir forklart som *situasjonen her og nå*. De øvrige trekkene skaper en mening til konteksten man befinner seg i. Mennesket gjennomfører som regel gjøremål uten å tenke seg om, stoppe opp og planlegge videre. Dersom man stopper opp og bryter den til vanlig uhemmede funksjonen, fører det til stress (Benner og Wrubel, 2001, s. 73).

Fenomenologisk syn på stress og mestring omhandler at mennesket selv tolker en kontekst, med utgangspunkt i egen mening og reagerer deretter. Benner og Wrubel (2001, s. 83) ser på stress og mestring med utgangspunkt i Lazarus og Folkmann sin teori. Nemlig stress som et resultat av en persons vurdering av sin relasjon til en gitt situasjon og sin evne til å tilpasse seg. De beskriver den transaksjonelle tilgang som at en betrakter stress som resultat av personens individuelle oppfattelse av situasjonens mening og betydning. Med andre ord; å ikke mestre et problem godt nok i en situasjon, oppfattes som stress. Stress er uunngåelig, kan ikke kureres og er et resultat av det å leve i verden (Benner og Wrubel, 2001, s. 83-85). Det tar Benner og Wrubel sin teori videre til begrepet mestring. Mestring er hva man stiller opp med mot forstyrrelsen som fører til stress. Alle mestrer stress på ulik måte med utgangspunkt i bakgrunnsforståelse, ferdigheter og vaner (Benner og Wrubel, 2001, s. 87).

## 2.2 Mestring

Mestring blir definert som: «Et kontinuerlig skifte mellom kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke ytre og/eller indre krav som vurderes til å beslaglegge eller utarme ressursene til personene» (Lazarus og Folkmann, 1984, s. 142). Lazarus og Folkman (1984, s. 150) sin stressmestringsmodell ser på to typer mestringsstrategier: problemfokuset og emosjonfokuset mestring. Problemfokuset mestringsstrategi handler om problemløsning. Den er rettet mot omgivelsene og ser gjerne på fordeler og ulemper ved alternativene. Deretter kan en veie opp hvilke alternativ som gagnar en best (Lazarus & Folkman, 1984, s. 152). Emosjonfokuset mestring forklares som at man prøver å endre følelser og reaksjoner som oppstår i forbindelse med stress. Det medfører at man gjerne prøver å unngå informasjon eller situasjoner som en reagerer på. Dette kan også kalles selektivt oppmerksomhet eller å forsøke å rømme fra virkeligheten (Lazarus & Folkman 1984, s. 150-151).

Karakteristiske trekk ved individets mestring over tid i ulike situasjoner, kalles mestringsstiler. Robusthet, optimisme og humor er mestringsstiler som alle bidrar til håndtering av stress. Mens robusthet demper skadelig effekter av stress, så vil humor ha betydning på helsen i mer positiv forstand (Renolen, 2015, s. 166). For å fremme mestring hos mennesker er håpet sentralt. Håp gjør det meningsfullt for alvorlig syke å hente frem sine ekstra ressurser. Å bli frisk igjen starter med et håp som kan mobilisere krefter og energi til nettopp det å bli frisk. Relasjonelle forhold som familie og venner, er viktig for å fremme håp når krisen rammer (Renolen, 2015, s. 174). Sosial støtte er et sentralt begrep i mestring av

forskjellige livssituasjoner. Hele livet støtter man seg til andre personer. Noe som blir enda tydeligere og viktigere når helsen svikter. I krisesituasjoner kan man oppleve at nettverket trekker seg unna, og man ser hvem som virkelig er der (Renolen, 2015, s. 175).

### 2.3 Traumatisk ervervet hjerneskade

Hodetraumer opptrer typisk hos menn under 30 år, som følge av trafikkulykke, fallulykker eller slag og spark mot hodet (Bertelsen, 2016, s. 329). Alvorlig hodeskade kjennetegnes av langvarig bevissthetstap, fallende bevissthet etter forbigående oppvåkning og/eller alvorlig nevrologisk utfall (Bertelsen, 2016, s. 330). Skademekanisme og hvor mye krefter det har vært involvert, er sentralt i vurderingen av hodeskader. Det er viktig at pasienter med hodeskader får en rask vurdering for å kartlegge skadeomfanget så fort som mulig (Bertelsen, 2016, s. 329). Pasienter med moderat til alvorlig hodeskade krever overvåkning av vitale funksjoner, inkludert jevnlig vurderinger av Glasgow Coma Scale (GCS). GCS er et internasjonalt scoringssystem for kartlegging av bevissthetsgraden til pasienter (Bertelsen, 2016, s. 330). I tillegg skal en observere etter tegn til økende trykk i hjernens hulrom, også kalt intrakranielt trykk (Bertelsen, 2016, s. 331).

Videre behandling avhenger av det individuelle skadeomfanget og pasientens symptom (Lund, Raknestangen, Mastad og Lohne 2017, s. 237). Det kan forekomme både primære og sekundære skader etter traumatiske hodeskader. Primære kan være et hematom, mens sekundære kan være forhøyet intrakranielt trykk (Lund et al., 2017, s. 237). Posttraumatisk forvirring (PTF) kan være, og er ofte, en sekundær skade av traumatisk hodeskade. Posttraumatisk forvirringstilstand er en fase i oppvåkningen etter hodeskade hvor pasienter er forvirret, desorientert, har reduserte, kognitive og atferdsmessige evner over en periode (Helse Bergen, 2016).

Skader i hodet og sentralnervesystemet er for de fleste skremmende og belastende, og kan føles som en trussel mot liv og helse (Lund et al., 2017, s. 234). Konsekvenser av skadene kan være endret tankeevne, manglende dømmekraft, endring i personlighet, eller varig funksjonshemming. Det innebærer både fysiske og psykiske utfall (Lund et al., 2017, s. 234). Pasientens behandlingstid avhenger av skadens alvorlighetsgrad og graden av funksjonssvikt. Andre forhold med innvirkning på behandlingstiden er pleien og behandling pasienten får i den akutte fasen, og hvilke forståelse og hjelp pasienten får fra pårørende (Lund et al., 2017,

s. 238). Å starte rehabiliteringstiltak tidlig er hensiktsmessig for å forbedre forløpet og utfallet av hjerneskader (Helse Vest, 2019, s. 6).

## 2.4 Rehabilitering

I mai 2018 ble en ny definisjon av rehabilitering og habilitering satt i kraft. Den omhandler rehabilitering med utgangspunkt i enkelte pasienter og brukeres livssituasjon og mål. Det er målrettede samarbeidsprosesser mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak skal det gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet samt deltakelse i utdanning, arbeidsliv og sosialt liv (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3).

Tverrfaglig bredde er et sentralt element i rehabilitering (Helsedirektoratet, 2015, kap 10:2). En tverrfaglig rehabiliteringsplan består av innsatsområder, mål, tiltak og evalueringer (Romsland et al., 2015, s. 70). Målene skal være konkrete, og tiltakene skal være realistiske deretter. For å utarbeide målsettinger i rehabiliteringen anbefales det å bruke SMART: spesifikke, målbare, aktivitetsrelaterte, realistiske og relevante og tidsavgrensede mål. Målene bidrar til håp og oppmuntring, og kan justeres underveis (Romsland et al., 2015, s. 71).

## 2.5 Sykepleierens funksjon og ansvar i rehabiliteringsprosessen

Sykepleiere har et organiserende og helhetlig ansvar i rehabiliteringsprosessen (Romsland et al., 2015, s. 11). I tillegg har sykepleier ansvar for liv, helse og sikkerhet, som ofte gjelder tilstander som ikke kommer til uttrykk i rehabiliteringsplanen. Deriblant oppgaver som forebygging av trykksår og infeksjoner (Romsland et al. 2015, s. 12). Sykepleierens oppgaver legger særlig vekt på pasientens funksjonsevne, både kroppslig, mentale og sosiale funksjoner som er endret på grunn av sykdom (Romsland et al., 2015, s. 27). I arbeidet med pasienter er det viktig å lytte til og ta hensyn til brukerens kunnskap, interesser og behov (mestring, 2018). Sykepleier skal bidra til funksjonsforbedringer, ivareta helserelaterte behov og bidra til mestring av utfordringer (Romsland et al., 2015, s. 28-29). Utøvende sykepleie innebærer å vise respekt for pasients verdighet og interesse i dialog med pasient (Kristoffersen og Nortvedt, 2016, s. 22-23). I alt dette skal sykepleier forholde seg profesjonell og ha en profesjonell relasjon i arbeidet med pasienter (Kristoffersen og Nortvedt, 2016, s. 90).

## 3.0 Metode

I dette kapittelet gjør jeg rede for metoden som er brukt i oppgaven og hvordan litteraturstudie brukes for å besvare problemstillingen. Kapittelet beskriver metode, litteraturstudie, fremgangsmåte og litteratursøk, metodekritikk og etiske hensyn. Ettersom metoden er en viktig del av litteraturstudie, har jeg brukt flere ord i denne delen av oppgaven enn hva oppgaveveilederen anbefaler.

### 3.1 Hva er metode?

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle informasjon og kunnskap rundt en bestemt problemstilling. Problemstilling og formuleringen av den legger føringer for hvilken metode som er mest hensiktsmessig. Kvantitative og kvalitative metoder er hyppigst i bruk og man kan enkelt skille dem fra hverandre (Thidemann, 2015, s. 76).

Kvantitativ metode samler målbare enheter og tall (Thidemann, 2015, s. 77). Dataene samles ved spørreskjema eller systematisk og strukturert observasjon med utgangspunkt i spørsmål som *hvor mye* eller *hvor ofte*. Kvantitativ metode går i bredden på det som skal undersøkes ved å samle lite data fra mange undersøkelsesenheter. Metoden gir mulighet for nøyaktige regneoperasjoner og resultater som gjerne formidles i tabeller som kan generaliseres (Thidemann, 2015, s. 78).

Kvalitativ metode har som hensikt å få kunnskap om menneskelige egenskaper og erfaringer gjennom datainnsamlingen. Den igjen foregår ved intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse med spørsmål som *hva betyr* eller *hvordan oppleves*. Metoden går i dybden på det som skal undersøkes ved å samle mest mulig informasjon fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 78).

### 3.2 Litteraturstudie

I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode for å svare på problemstillingen. I litteraturstudier systematiseres kunnskap fra skriftlige kilder for å så kritisk vurdere de (Thidemann, 2015, s. 79). Hensikten er å gi leseren oppdatert og god forståelse på området problemstillingen etterspør. Nøyaktig gjennomgang av fremgangsmåte er en viktig del av metoden i litteraturstudier. Derunder en presis problemstilling med tydelige avgrensninger. Det gir utgangspunkt for å finne gode søkeord, og finne frem til relevante databaser. Etter

søkeprosessen skal en vurdere hvorvidt artiklene er relevante. Deretter se på, og sammenfatte, resultatene fra relevante artikler før man tilslutt svarer på problemstillingen i en konklusjon (Thidemann, 2015, s. 80-81).

### 3.3 Fremgangsmåte og litteratursøk

Ved å benytte PICO for å finne relevante søkeord fra problemstillingen blir den mer presis og søkbar (Thidemann, 2015, s. 86). Ved hjelp av PICO-skjema har jeg delt opp problemstillingen min til søkeord, som vist i *vedlegg 1*. På grunn av at det søkes i internasjonale databaser som MEDLINE, CINAHL, og Academic search elite har jeg definert både engelske og norske søkeord. Engelske søkeord som er benyttet: rehabilitation, traumatic brain injury or brain injury, coping or coping strategies or mastery, nursing og young adults. Tilsvarende norske søkeord er: Rehabilitering, traumatisk hjerneskade eller hjerneskade, mestring eller mestringsstrategier eller mestre og sykepleie. Underveis i søkeprosessen har det dukket opp andre søkeord som har vært relevant. «traumatic head injury, acquired brain injury, coping skills og treatment». På norsk: «traumatisk hodeskade, ervervet hjerneskade, mestringsevne og behandling». I tillegg har jeg også benyttet avgrensninger som fagfellevurdert, engelsk språk og tidsavgrensning mellom 2008-2020.

I søkeprosessen var det kombinasjonen av hjerneskade, rehabilitering og mestring som ga best og mest relevante resultater. Søkene er kombinert med «and», og noen ganger er flere ord kombinert med «or». Til å begynne med fant jeg søkeprosessen utfordrende da det var vanskelig å finne aktuell litteratur om tidlig rehabilitering. Trolig har det vært utfordrende på grunn av at rehabilitering ofte har et mer langsiktig perspektiv. Pasienters evner blir i større grad beskrevet, fremfor sykepleierens ansvar. Rehabilitering er ikke bare enkle og spesifikke tiltak som gjøres for alle pasienter, derimot en individuell prosess. Det er mange behandlere involvert i rehabiliteringsprosessen til hver pasient. Summen av dette gav meg resultater som ikke var direkte knyttet til mine spørsmål.

Etterhvert i søkeprosessen lærte jeg å kombinere søkeordene, samtidig som jeg utforsket perspektiver på problemstillingen. Dette åpnet opp for flere innfallsvinkler rettet mot avgrensningen og problemstillingen. Et eksempel på en kombinasjon jeg brukte på academic search elite var: rehabilitation AND brain injury OR traumatic brain injury OR acquired brain injury AND coping OR coping strategies OR mastery. I dette søket fant jeg en studie som ser

på forholdet mellom funksjon, mestring, depresjon og livskvalitet etter ervervet hjerneskade. Ellers har jeg brukt Google til enkle søk om oppgaven. Slik fant jeg en masteravhandling som virket relevant, og etterspurte avhandlingen hos forfatter per e-post. Forfatter sendte meg sin avhandling, i tillegg til Sveen et al. (2016) sin artikkel om rehabiliteringsforløp. Ved et søk på sykepleien.no på «pasienterfaring» fant jeg artikkelen «*Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring*» av Vågan, A., Eika, K. og Skirbekk, H. (2016), som nummer to blant resultatene.

## Søketabeller

Herunder viser jeg to av søketabellene og fremgangsmåtene som er benyttet i søket etter litteratur. *Vedlegg 2* viser to siste søketabellene.

Søk i CINAHL 03.03.2020

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	nursing		603 137
S2	coping strategies		9912
S3	rehabilitation		163 040
S4	S1 AND S2 AND S3		46
S5		2008-2019	22
S6		Peer reviewed, english language	19
S7	Brain injury OR traumatic brain injury OR head injury	2008-2019, peer reviewed, english language	28 447
S8	Coping		60 964
S9	S2 OR S8		69 964
S10	S3 AND S7 AND S9		206

Artikkelen “*Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: a qualitative study of patients, carers and staff*” (Young, Manmathan og Ward, 2008) ble funnet som nummer 9 i sjette søket på CINAHL via EBSCO host Elite. Artikkelen belyser hvordan målsetting kan bidra til mestring etter hodeskade, og er derfor relevant for å svare på problemstillingen. Videre i søket la jeg til mestring og kombinasjoner med hjerneskade som søkeord. Det resulterte i at jeg fant “*Interventions to enhance coping after traumatic brain injury: A systematic review*” av Mueller, C.,

Wesenberg, S., Nestmann, F., Stubbs, B., Bebbington, P. og Raymont, V. (2018). Artikkelen kunne hjelpe meg å svare på problemstillingen fordi resultatet viste at tidlig og målrettet behandling hadde effekt hos traumatisk hjerneskade pasienter. Artikkelen fant jeg som nummer 4 i det tiende søket på EBSCO host Elite via databasen CINAHL.

Søk i MEDLINE 09.03.2020

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Traumatic brain injury OR traumatic head injury		64 199
S2	Early rehabilitation OR early treatment		109 960
S3	Coping strategies OR coping skills OR coping OR cope		85 471
S4	S1 AND S2		682
S5	S1 AND S2 AND S3		10
S6		2009-2017, peer reviewed	6

Øverst i søk nummer 6 lå artikkelen «*alexithymia and avoidance coping following traumatic brain injury*» i databasen MEDLINE via EBSCO host Elite (Wood, R., 2013). Studien ser på sammenhengen mellom unngående mestringsstrategi, håndtering av følelser og risiko for psykiske lidelser etter hodeskader.

### 3.4 Metodekritikk

#### 3.4.1 Vurdering av egen oppgave

Flere faktorer kan påvirke oppgavens utfall. Mye av forskningen innenfor rehabilitering har et langsiktig perspektiv på utfallet av ervervede hjerneskader. I tillegg til at rehabilitering er et tverrprofesjonelt arbeidsområde som innebærer flere tverrfaglige yrkesgrupper. En annen innvirkende faktor er at ervervede hjerneskader, spesielt traumatiske, gir særs individuelle behov. Likevel har fokuset vært på mestring som et viktig prinsipp i rehabiliteringsprosessen og sykepleiers rolle.

I søkeprosessen har jeg brukt avgrensninger for å finne mest mulig presis og aktuell litteratur til oppgaven. I tillegg har jeg vært bevisst på studienes nasjonalitet med tanke på at det har



sammenheng med oppgavens validitet. Metoden i benyttete artikler har variert fra kvantitativ, kvalitativ til litterær metode. De utvalgte artiklene har vært hensiktsmessig å benytte til tross for varierende metoder. Det har heller bidratt til å gi meg bredde og større omfang i oppgaven.

Jeg har tilstrebet å benytte originalkilder til litteraturen som er benyttet. Boken til Benner og Wrubel om deres sykepleiefilosofi og teori fra 1989 var ikke tilgjengelig til utlån fra biblioteket. Jeg benyttet derfor den danske oversettelsen av Hanne Steinicke fra 2001. Boken til Lazarus og Folkmann er en primærkilde utgitt i 1984. Til tross for at disse to bøkene er eldre, ser jeg på de som relevante i og med at de er primærkilder. Jeg har brukt [mestring.no](http://mestring.no) som referanse i oppgaven, til tross for at nettsiden ikke viser til personlige forfattere. Nettsiden er eid av Helse Sør-Øst regionale helseforetak med mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det gjør at nettsiden virker troverdig.

#### 3.4.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

Kildekritikk brukes for å vurdere den litteraturen som anvendes i oppgaven (Thidemann, 2015, s. 27). Det innebærer å bestemme relevans, styrke og begrensninger i informasjonen som er samlet inn. Som en del av kritisk vurdering skal en bruke faglige begrunnelser for å understøtte oppfatninger og argumenter fra forskningslitteratur og eventuelt egne resultater i drøftingen (Thidemann, 2015, s. 27). Oppsummert handler det om å kunne redegjøre og begrunne for litteraturen som er anvendt i oppgaven.

Et kvalitetstegn og en avgrensning i søkeprosessen er om artikkelen er fagfellevurdert. Er artiklene fagfellevurdert er det vurdert og godkjent av eksperter (Dalland og Trygstad, 2014, s. 78). Vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag følger ofte oppbyggingen til IMRaD-strukturen: Innledning, metode, resultat, drøfting/diskusjon og konklusjon (Thidemann, 2015, s. 68). Denne strukturen samsvarer med forskningsprosessen, og derfor er anvendbar for forskere. Ved hjelp av IMRaD har jeg effektivt og oversiktlig kunne gjennomgå artiklene for å vurdere relevansen til min problemstilling. I tillegg har benyttet sjekklister fra Helsebiblioteket (2016) for å gjennomgå og kritisk vurdere artiklene. Sjekklisene varierer i henhold til metoden, men stiller spørsmål om blant annet formulering, hensiktsmessig metode, utvalg, resultat og mer. *Vedlegg 5* er eksempel på hvordan jeg har benyttet kvalitativ sjekkliste på studien til Young et al. (2008).

Jeg har brukt avgrensninger som tidsramme fra 2008 til 2020, fagfellevurdert, engelsk språk og full tekst. Disse avgrensningene ble benyttet for å finne mest mulig relevante artikler knyttet til problemstillingen. Det gjør at artiklene jeg har brukt er fagfellevurdert og fra tidsperioden fra 2008 til 2019. Seks av syv artikler er skrevet på engelsk, noe som har medført språkmessige utfordringer. Oversettelsen av innholdet kan i denne sammenheng ha ført til feiltolkning av artikkelens betydning. Studienes geografiske opphav vurderte jeg som relevant for at de skal kunne vurderes opp mot, og eventuelt overføres til, den skandinaviske velferdsmodellen. En amerikansk og en nederlandsk studie, ellers er det tre britiske og to norske. Selv om bare to av studiene er norske, vurderte jeg de resterende studier som relevant og pålitelig. Det fordi de fokuserer på menneskelig aspektet og viktigheten av rehabiliteringsprosesser.

### 3.4.3 Etikk i oppgaveskriving

Etikk skal gi oss grunnlag og veiledning for vurderinger i forbindelse med vanskelige avgjørelser i livet. Forskningsetikk er et området av etikken som dreier seg om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Deriblant handler det om ivaretagelse av personvern og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland, 2012, s. 96). 4/7 av artiklene som er benyttet i oppgaven er godkjent av etiske komiteer. Forskningsetiske komiteer skal ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning (Dalland, 2012, s. 98). Mueller et al. (2018) og Vågan et al. (2016) er litteraturstudier, og er ikke vurdert av etiske komiteer. Studien til Adams og Dahdah (2016) oppgir ikke om de har vurdert av etisk komite eller ikke. Likevel er artikkelen tatt med i oppgaven fordi den viser relevante erfaringer fra pasienters mestringsstrategier i rehabilitering.

Å utgi andres arbeid som ens eget kalles plagiat og regnes som fusk. Motsetningen til plagiat er akademisk redelighet som innebærer å oppgi korrekt litteratur slik at leseren lett kan finne frem til kilden hvor stoffet er hentet fra (Dalland, 2012, s. 80). Denne oppgaven bygger på teori og forskning som allerede er gjort. Det er alltid referert til kilden hvor informasjonen er funnet, og regnes derfor som akademisk redelig.

## 4.0 Resultat

Etter gjennomgått fremgangsmåte og litteratursøk i forrige kapittel, sitter jeg nå igjen med syv relevante studier jeg har tatt i bruk. I dette kapittelet presenteres de benyttede artiklene, deres metode, resultater og funn. Tilslutt presenteres en samlet analyse av studiene som er inkludert.

### 4.1 Artikkel 1

**Tittel:** Coping and adaptive strategies of traumatic brain injury survivors and primary caregivers

**Forfatter, år:** Adams, D. og Dahdah, M. (2016).

**Sammendrag:**

En amerikansk fenomenologisk kvalitativ undersøkelse gjennomført ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer. Intervjuene ble gjennomført på 11 oppegående personer over 18 år, minst ett år etter traumatisk hjerneskade. I tillegg til seks pårørende som tilbrakte minst 40 timer i uken med den skadde ble òg intervjuet. De 17 intervjuene fokuserte på fire hovedtema: mangler, behov, mestring og tilpasningsstrategier, og til slutt forslag til utvikling av disse strategiene for helsepersonell. I studiens resultater kommer det frem at pasienter har ulike utfall av skaden med problemer som utmattelse, korttidshukommelsesvikt, personlighetsendringer og sinne. Intervjuobjektene forklarer at de har behov for forståelse, tålmodighet og støtte fra helsepersonell. Til slutt viser resultatene mestring- og tilpasningsstrategier pasientene benyttet seg av. Redusert stimuli, hvile, alenetid, trening, gode pauser, organisert hjelp og kommunikasjon er strategier som ble benyttet. Studien konkluderer med at deltakerne var i stand til adferdstilpasning og emosjonelle mestringsstrategier på egenhånd.

### 4.2 Artikkel 2

**Tittel:** Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: a qualitative study of patients, carers and staff.

**Forfatter, år:** Young, C. A., Manmathan, G. P. og Ward J. C. R. (2008)

**Sammendrag:**

En kvalitativ studie fra 2008 gjennomført i England med hensikt å se på pasienters, pleiernes og rehabiliteringspersonalet sin oppfatning av målsetting i rehabiliteringen. Fire grupper med 10 deltakere gikk gjennom semi-strukturerte intervju på nevrologisk rehabilitering for voksne. Gruppene var en kombinasjon av pasienter, pasienter utskrevet de siste 2 årene, pleiere og

personal. Pasientene hadde ulike ikke-progressive nevrologiske tilstander som førte til behov for rehabilitering. De fleste diagnosene var slag og traumatisk hjerneskade, men også noen andre diagnoser. Alle deltakerne finner målsetting i rehabilitering nyttig, selv pasienter med usikker prognose. Både pasienter og rehabiliteringsteamet uttrykte at målsettingene ble felles mål de ønsket nå med hverandre. Det ble sagt at målene måtte være spesifikke og personlige for å motivere pasienten. En annen fordel deltakerne pekte på, var at regelmessige målsetningsmøter gjorde at rehabiliteringen ble en mer stegvis prosess. Studien oppsummerer med at målsetting skaper et bra samarbeid mellom pasient og klinisk team. Pasientene følte de ble hørt og sett, og at de ansatte hadde kunnskap og erfaring til å hjelpe dem å bli mer selvstendig. Alt i alt bidro målsetting til å styrke pasienters selvstendighet og autonomi.

### 4.3 Artikkel 3

**Tittel:** Interventions to enhance coping after traumatic brain injury: A systematic review.

**Forfatter, år:** Mueller, C., Wesenberg, S., Nestmann, F., Stubbs, B., Bebbington, P. og Raymont, V. (2018)

#### **Sammendrag:**

En engelsk litteraturstudie gjort for å kartlegge hvordan psykososiale behov kan bidra til mestring hos pasienter som har opplevd traumatiske hodeskader. Det ble gjort ved å søke gjennom fem elektroniske databaser: CINAHL, Medline, EMBASE, PsycINFO og Cochrane Library. PICO kriterier som ble benyttet var ervervet hjerneskade hos voksne over 16 år og psykososiale intervensjoner for å fremme mestring. Sammendrag ble lest, og målet var å finne mestring som primært eller sekundært i studien. Traumatisk hjerneskade, hodeskade, mestre og mestring var noen av søkeordene som ble brukt. Søkene identifiserte 5771 potensielle artikler, men 14 studier som inngikk i PICO kriteriene. Seks av studiene utgikk som følge av lav rapportering eller dårlig metodisk kvalitet, og dermed ble åtte gjenværende heterogene studier inkludert. Alle studiene hadde ulike fremgangsmåter, i tillegg til forskjellige mål av mestring. Studien finner likheter blant studiene som at personer som har opplevd traumatisk hjerneskade ofte bruker mer emosjonfokusert mestringsstrategi. Dårlig selvinnsikt har blitt sett i sammenheng med dårlige psykososiale utfall og en unngående mestringsstrategi. Å balansere bruk av mestringsstrategier i tråd med økt selvbevissthet er derfor viktig etter hjerneskade. Studien runder av med å påpeke at individuell oppfølging kan være med på å styrke pasienters bruk av mestringsstrategier.

#### 4.4 Artikkel 4

**Tittel:** Associations between executive functioning, coping, and psychosocial functioning after acquired brain injury

**Forfatter, år:** Gregorio, G. W., Ponds, R. W. H. M., Smeets, S. M. J., Jonker, F., Pouwels, C. G. J. G., Verhey, F. R. og Heugten, C. M. (2015)

**Sammendrag:**

En tverrsnittstudie gjort på pasienter minst tre måneder etter skade fra fire klinikker i Nederland. Studien ser på forholdet mellom funksjon, mestring, depresjon og livskvalitet etter ervervet hjerneskade. Psykiske symptomer ble inkludert i studien, i motsetning til de fleste andre studier på fagfeltet. De 93 deltakerne var minst 18 år og hadde forskjellige typer hjerneskader med ulikt omfang, i tillegg til 58 personer i en kontrollgruppe. Deltakerne svarte på syv ulike tester om tema som livskvalitet og mestring. Resultatene viser blant annet at 72% rapporterte lav livskvalitet og at gjennomsnittet viste milde depressive symptomer. Ervervet hjerneskade-gruppen hadde i følge undersøkelsen en mer passiv mestring, sammenlignet med normalbefolkningens problemløsende mestringsstil. Studien viser sammenheng mellom passiv mestring, lavere livskvalitet og depressive symptomer. Dårlige mestringsstrategier kan gi dårligere effekt av behandlingen. På lenger sikt etter ervervet hjerneskade, viser resultatene til mer problemløsende mestring. Studien konkluderer derfor med at pasienter burde ha tilpasset og tilrettelagt behandling for å øke effekten av rehabilitering.

#### 4.5 Artikkel 5

**Tittel:** Alexithymia and avoidance coping following traumatic brain injury.

**Forfatter, år:** Wood, R. (2013).

**Sammendrag:**

Britisk kvantitativ tverrsnittstudie gjennomført ved Swansea universitetsklinikk for hodeskader i Wales. Bakgrunn for studien er at personer som har opplevd traumatisk hjerneskade har økt sjans for å utvikle psykologiske lidelser på grunn av problem med å uttrykke seg emosjonelt. Målet med studien er derfor å se sammenhengen mellom mestringsstiler, aleksitymi og psykiske lidelser. Aleksitymi er vanskeligheter med å uttrykke egne følelse og identifisere følelser hos andre. 70 pasienter med traumatisk hjerneskade og 54 personer i en kontrollgruppe deltok i studien. Alle deltakerne svarte på fire tester om temaene angst, depresjon, mestring og aleksitymi. I resultatet kom det frem at personer som har opplevd traumatiske hjerneskader har økt sannsynlighet for å utvikle aleksitymi, angst og

depresjon, samt en lavere score av problemløsende mestring. I konklusjonen forklarer Wood at tidlig screening av aleksitymi etter hodeskade kan identifisere pasienter som er utsatt for dårlige mestringsstrategier. Tidlig identifisering kan bidra til hjelp til veiledning av mestringsstrategi og slik forebygge aleksitymi og andre psykologiske utfall.

#### 4.6 Artikkel 6

**Tittel:** Rehabilitation pathways and functional independence one year after severe traumatic brain injury.

**Forfatter, år:** Sveen, U., Roe, C., Sigurdardottir, S., Skandsen, T., Andelic, N., Manskow, U., Berntsen, S., Soberg, H. L. og Anke, A. (2016).

**Sammendrag:**

En norsk kohortstudie gjort ved rehabiliteringsklinikker under fire sykehus i Norge. Oslo universitetssykehus, Tromsø universitetssykehus, St. Olavs universitetssykehus og Haukeland sykehus. Undersøkelsen er fra 2009 til 2011 om pasienter med traumatisk hjerneskade for å se på rehabiliteringsløpet og pasienters selvstendighet. Deltakerne var norske statsborgere over 16 år, med glasgow coma scale på 3-8 og klassifisert som alvorlig hjerneskade ifølge ICD-10. Av totalt 278 deltakere var det 163 som deltok på 12-måneders kontrollen. 100 av de som ikke deltok døde, flesteparten innen de første 48 timene og noen tre-syv dager etter innleggelse. Datasamling ble gjennomført fra sykehusjournaler og fra traumeregistrering, i tillegg til telefonintervju etter tre måneder. Intervju etter 12 måneder ble gjennomført på sykehus, eller via telefon hvis vanskelighet for oppmøte på sykehus. Studien viser pasientforløp fra den akutte fasen, derav mange frafall første uken, til det er gått ett år etter ulykken som førte til traumatisk hjerneskade. Funnene indikerer et tydelig pasientforløp fra den akutte fasen til spesialisert rehabilitering bidrar til økt selvstendighet hos deltakerne. Ved 12-månederskontrollen var 70% av deltakerne selvstendig, som vil si at de ikke krevde noe som helst oppfølging av helsepersonell. I funnene kommer det og frem at yngre alder har sammenheng med bedre langtidsutfall etter hodeskade. Dette fordi det er færre komplikasjoner, og bedre pasientforløp.

#### 4.7 Artikkel 7

**Tittel:** Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring.

**Forfatter, år:** Vågan, A., Eika, K. og Skirbekk, H. (2016)

**Sammendrag:**

En norsk litteraturstudie gjennomført for å se på helsepedagogisk kompetanse hos fagpersoner som gir lærings- og mestringstilbud hos personer med langvarig helsebehov. Systematisk gjennomgang av forskningslitteratur i form av kvalitativ og kvantitativ metode som tok for seg helseprofesjoners kompetanse rundt læring og mestring. Det ble gjort via databasene Medline, Embase, PsychInfo og Cinahl med søkeord som: kroniske sykdommer, pasientutdanning, profesjonell kompetanse, pasienterfaring, gruppeorienterte tiltak og brukermedvirkning. 16 studier tilfredsstilte inklusjons- og kvalitetskriteriene, hvorav de fleste studiene tar inkluderer både pasienters og fagpersoner oppfatning. Resultatet viser flere fellestrekk og likheter blant de inkluderte studiene. Den oppsummerte forskningen presenterer følgende seks kompetanseområder: gruppeledelse, medisinsk fagkunnskap om diagnose og behandling, kommunikasjon, mestring og mestringsstrategier, pedagogikk og personlige egenskaper og holdninger. Fagpersoners kompetanse er avgjørende for pasienters utbytte av lærings- og mestringstilbudet.

#### 4.8 Samlet analyse av resultatene

I de valgte artiklene finnes det likheter og ulikheter om mestring etter traumatisk ervervet hjerneskade. Emosjonfokuseret mestring, passiv og unngående mestringsstrategi blir beskrevet i tre av artiklene. Funnene indikerer at det er sammenheng mellom unngående mestring og psykologiske symptomer. I disse tre studiene kommer det frem at tidlig og tilrettelagt intervensjon viser seg å være viktig for tilpasning og mestring i rehabilitering. En av studiene stiller spørsmål til pasienters muligens manglende selvinnsikt i tidlig fase etter hodeskade. Forståelse, tålmodighet og støtte var kvaliteter pasientene pekte på som viktig hos helsepersonell i en studie. I den ene kvalitative studien forklarte pasienter og helsepersonell at målsetting bidro til samarbeid og mestring i rehabiliteringen. Kommunikasjon, pedagogikk, mestring og mestringsstrategier var noen viktig kompetanseområdene for læring- og mestringstilbud. Det gjør at jeg sitter igjen med tre hovedpunkter fra forskningsartiklene som er benyttet: Å legge til rette for målrettet behandling, å legge til rette for pasientdeltakelse og å støtte pasienten. *Vedlegg 3* er litteratormatrise som inneholder hovedelementene til artiklene i en oversiktstabell. I tillegg har jeg laget en drøftetabell med oversikt over hvor og hvordan artiklene brukes i kapittel 5. Drøftetabellen sees i *vedlegg 4*.

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet drøfter jeg resultatene fra de utvalgte forskningsartiklene opp mot relevant teori, i lys av egne erfaringer. Med utgangspunkt i de utvalgte artiklene er det tre hovedområder som kommer tydelig frem: Å støtte pasienter, å legge til rette for pasientdeltakelse og å legge til rette for målrettet behandling. Dette vil hjelpe meg å svare på problemstillingen: Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter i rehabiliteringsfasen etter traumatisk ervervede hjerneskader?

### 5.1 Å støtte pasienten

Funn i Vågan et al. (2016) sin forskning viser at kommunikasjon er et viktig kompetanseområde som kan bidra til læring og mestring hos pasienter. De beskriver generelle kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting, tydelig stemmebruk samt verbal kommunikasjon for å skape trygge omgivelser. Romsland et al. (2015, s. 11) forklarer at sykepleier er en sentral person i møte med mennesker som har behov for rehabilitering. Som kommende sykepleier ser jeg derfor verdien av å møte mennesker som har vært ute for hjerneskader, og har behov for rehabilitering, med god kommunikasjonsferdigheter. Kristoffersen og Nortvedt (2016, s. 90) beskriver at sykepleiers empati er sentral i den profesjonelle relasjonen til pasienten. Å påvirkes følelsesmessig har betydning for sykepleierens forståelse av pasienten. Det å bli snakket til og med, i tillegg til å bli lyttet til, skaper respekt og gjensidighet mellom partene i relasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 23). I likhet med dette, sier også de yrkesetiske retningslinjene at sykepleier må respektere pasientens integritet (Norsk sykepleierforbund, 2011). Med dette som bakgrunn forstår jeg at som sykepleier er det sentralt å skape en relasjon til pasienten. Å by på seg selv, i tillegg til å ha empati med pasienten, vil sannsynligvis føles støttende for pasienten. Helse Bergen (2016) forklarer at det bør tas forbehold om at pasienten kan befinne seg i posttraumatisk forvirring etter hjerneskade. Jeg ser det derfor at det kan være nødvendig å tilpasse kommunikasjonen deretter.

Ifølge Benner og Wrubel (2001, s. 64) er det viktig at sykepleier møter hele personen bak mennesket. Deres syn på mennesket innebærer fire aspekt: kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse, spesielle anliggender og situasjonen her og nå. De tre første aspektene forklarer mennesket som et unikt og selvfortolkende vesen. Derfor er det viktig at man som sykepleier i møte med pasienter klarer å se hele personen med sykdom eller skade. Det fjerde



aspektet forklarer Benner og Wrubel (2001, s. 73) som situasjonen her og nå, med utgangspunkt i det overnevnte aspektene. Traumatisk ervervet hjerneskade gir ifølge Lund et al. (2017, s. 234) veldig ulike konsekvenser og utfall. Endret personlighet eller varig funksjonshemming er mulige konsekvenser av skade i hjernen. Derfor ser jeg det som nødvendig å møte pasienten som et helhetlig vesen, slik Benner og Wrubel beskriver. Situasjonen pasienten befinner seg i nå, er at vedkommende har vært utsatt for en traumatisk hjerneskade. Benner og Wrubel (2001, s. 73) hevder at brudd eller avbrekk i den uhemmede funksjonen, fører til stress. Ut ifra teorien deres forstår jeg det som at pasienter med hjerneskade og behov for rehabilitering, opplever stress. Til sammenligning, har jeg i praksis erfart at pasienter som kommer til sykehus opplever brudd i rutiner som studier eller jobb.

Lund et al. (2017, s. 234) forklarer at skader i hjernen kan føre til konsekvenser som personlighetsendring eller varige funksjonsbegrensninger. For pasienter kan slike endringer oppleves belastende og overveldende. Å ikke håndtere disse følelsene godt nok, kan oppfattes som stress (Benner & Wrubel, 2001, s. 83). Stress er en persons fysiske, emosjonelle og/eller intellektuelle opplevelse av forstyrrelse i en eller flere funksjoner. Mestring er hva man stiller opp med mot forstyrrelsen som fører til stress (Benner & Wrubel, 2001, s. 86). Romsland et al. (2015, s. 27) forklarer at sykepleier skal understøtte pasientens mentale og sosiale funksjoner etter skade. Pasienter i rehabilitering har behov for individualisert omsorg, emosjonell støtte, føle trygghet og å kunne mestre (Romsland et al., 2015, s. 28). Renolen (2015, s. 174) hevder at tydelig informasjon, vennlighet, omsorg og respekt er faktorer som fremmer pasientens håp. Derfor er det, ifølge Romsland et al. (2015, s. 11), viktig at sykepleier har kompetanse om det å ivareta disse behovene. Fagpersoner må oppdatere seg på forskning og aktuelle medisinske fagområder kommer det frem i Vågan et al. (2016) sin studie. Det omhandler både spesifikke diagnoser og informasjon om egenbehandling for pasienter med langvarige helseutfordringer. Dette begrunner studien med at pasienten skal ha tilstrekkelig informasjon om egen helsetilstand. Til sammenligning sier forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, § 3) at kunnskapsbaserte tiltak skal hjelpe pasienter til å oppnå best mulig mestringsevne.

I Adams og Dahdah (2016) sin kvalitative studie kom det frem at forståelse, tålmodighet og støtte var viktig for pasienter. Dette er stikkord som kom frem blant flestparten av deltakerne, til tross for ulikt skadeomfang. Deltakerne i studien forklarte et behov som: støtte fra samfunnet, helsepersonell, familie og venner. Renolen (2015, s. 175) forklarer sosial støtte

som den objektivt tilgjengelige støtten fra venner, familie og andre involverte. Støtten må være håndgripelig slik at personen som får støtte, opplever det som relevant. Videre beskriver hun at noen folk har problemer med å be om og å ta mot støtte. En slik tankegang er uheldig hos pasienter som har behov for hjelp (Renolen, 2015, s. 176). Jeg husker selv at tiden etter ulykken var svært forvirrende. En rekke restriksjoner og svekket selvinnsikt gjorde den perioden utfordrende. Å oppleve en krise kan, ifølge Renolen (2015, s. 192-193), utløse reaksjoner og følelser som tristhet, skyldfølelse, aggresjon, meningsløshet, depressive reaksjoner, frykt og/eller angst. Selv var jeg utpreget trøtt og sliten, men opplevde likevel støtten, forståelsen og tålmodigheten som svært avgjørende. Personlige egenskaper og holdninger hos helsepersonell gjorde at jeg følte meg sett og forstått. Et av Vågan et al. (2016) sine resultat er at: «Pasienter og brukere legger vekt på fagpersonenes evne til å vise omsorg, empati, interesse, respekt og til å utvise ikke-dømmende holdninger overfor personer som har langvarige helseutfordringer.».

Både Gregorio et al (2015) og Wood (2013) konkluderer med at tidlig og tilrettelagt behandling kan øke effekten av rehabilitering. Wood (2013) hevder at tidlige møter med pasienter som har opplevd hodeskade, kan identifisere mistilpasning og dårlige mestringsstrategier. Tidlige møter og intervensjoner kan man altså forebygge/forhindre aleksitymi og andre psykologiske symptomer (Wood, 2013). Likedan viser Gregorio et al. (2015) sine funn at tilpasset og tilrettelagt behandling kan øke effekten av rehabilitering. Dette med bakgrunn i at pasienter med hjerneskade har en passiv mestringsstil sammenlignet med kontrollgruppen som har en problemløsende mestringsstil (Wood, 2013). De to studiene underbygger dermed hverandres poeng om at tidlige intervensjoner er grunnleggende i rehabilitering. Nasjonal veileder for rehabilitering viser sentrale poeng i et pasientforløp. Sentrale elementer som blir beskrevet er: tidlig intervensjon, samhandling, tverrfaglig bredde og aktiv brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2015, kap: 10.2). Involverte faginstanser i tverrfaglig team skal, ifølge Romsland (2015, s. 70), danne grunnlag for en rehabiliteringsplan i samarbeid med pasienten. Personlig husker jeg godt da jeg kom til rehabiliteringsklinikken. Der ble det tidlig lagt til rette for et møte med alle de som jobbet i mitt team, i tillegg ble pårørende inkludert. På møte ble jeg og pårørende, sammen med tverrfaglig team enige om mål for rehabiliteringsperioden. Mestring (2018) forklarer «Det å lytte til og ta hensyn til brukernes kunnskap, interesser og behov kan bidra til å utvikle tjenester som er brukervennlige, effektive og som har høy kvalitet». Ut i fra dette forstår jeg det som viktig

med et tidlig møte for å planlegge rehabiliteringen ut i fra pasientens personlige mål og forutsetninger.

## 5.2 Å legge til rette for pasientdeltakelse

I likhet med både Gregorio et al. (2013) og Wood (2013) hevder Mueller et al. (2018) at individuell oppfølging kan styrke pasienters bruk av mestringsstrategier etter ervervet hjerneskade. En av studiene inkludert i Mueller et al. (2018) sin oppsummerte forskning stiller spørsmål om ikke individuell oppfølgingen bør komme senere i rehabilitering. Dette med bakgrunn i at pasienter kan ha redusert selvinnsikt etter traumatisk hjerneskade. Funnene i studien forteller at det derfor er viktig å balansere bruk av mestringsstrategier med pasienters selvinnsikt. Til tross for dette runder studien til Mueller et al (2018) likevel av med å si at individuell oppfølging kan styrke pasienters mestring. Som sykepleier skal man, ifølge Kristoffersen et al. (2016, s. 25), tilpasse hjelpen etter pasientens behov. I møte med pasienter som har behov for rehabilitering skal man, ifølge Romsland et al. (2015, s. 27), ta utgangspunkt i pasienters evne og funksjon. Først og fremst skal pasienten kunne møte en sykepleier som bidrar til å dekke ens fysiske, psykiske og sosiale behov (Romsland et al., 2015, s. 28). For det andre sier forskrift for habilitering og rehabilitering (2011, §3) at det skal legges til rette for mest mulig selvstendighet i rehabiliteringsforløpet. For det tredje løfter mestring (2018) frem *medvirkning*, som at pasienten med behov for hjelp og støtte, får mulighet til å motta hjelp på egne premisser og til å styre viktige deler av eget liv. «Medvirkning som verdi bygger på en demokratisk begrunnet rett til selvbestemmelse og likeverd» (mestring, 2018). Til slutt vil jeg løfte frem pasient og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) som understreker at pasienten egne ønsker skal vektlegges i utformingen av tjenestetilbud.

For helsepersonell gjør brukervedvirkningen at en må forholde seg til pasienten som samarbeidspartner og medspiller, fremfor overordnet ekspert (mestring, 2018). Benner og Wrubel (2001, s. 30) påstår at målet for sykepleie er å styrke personens ressurser til hvordan vedkommende ønsker. Romsland et al. (2015, s. 11) på andre siden, hevder at sykepleieren har mer ansvar hos hver enkelt pasient. I tillegg til å ha ansvar for liv, helse og sikkerhet, har sykepleier et helhetlig og organiserende ansvar i rehabiliteringsprosessen (Romsland et al., 2015, s. 27). Pasienter med behov for rehabilitering etter hjerneskader, har gjerne komplekse individuelle utfall, og derfor behov for tilrettelagt behandling forklarer Lund et al. (2017, s.

237). Å kartlegge funksjonsevne og endringer er en viktig sykepleieroppgave etter skade, forklarer Romsland et al (2015, s. 27). I tillegg skal sykepleier bidra til forbedringer, ivareta grunnleggende behov og bidra til mestring. Nok en gang, viser det hvor sentral sykepleier sin rolle er i et pasientforløp (Romsland et al., 2015, s. 27). Som kommende sykepleier ser jeg derfor behovet for å tilpasse rutiner og gjøremål etter pasientens funksjonsevne.

Romsland et al (2015, s. 71) forklarer at hverdagslige aktiviteter skal ta utgangspunkt i pasientens forutsetninger og personlige mål. Et av funnene i Young et al. (2008) sin studie, er at målsetting bidro til økt selvstendighet og autonomi. Å nå målene ble, i tillegg, felles prosjekt for pasient og tverrfaglig team (Young et al., 2008). Til sammenligning, understreker statusrapport for hjernehelse (Helsedirektoratet, 2017, s. 34) at pasienter bør involveres i planlegging og implementering av tiltak som kan bedre rehabilitering etter traumatiske hjernesker. Det tar meg videre til Vågan et al. (2016) sin studie som peker på kunnskap om fag og pedagogikk som viktige kompetanseområder i møte med pasienter. Studien forklarer at det er behov for kunnskap om hvordan man tilpasser undervisning eller aktiviteter til undervisningsbehovene deltakerne har.

Gregerio et al. (2015) hevder at dårlige mestringsstrategier kan gi dårligere effekt av behandlingen. Studien peker blant annet på sammenhengen mellom passiv mestringsstil, lavere livskvalitet og depressive symptomer. Det begrunnes med at kognitive prosesser kan være dysfunksjonelle, og at passiv mestringsstil er mer anvendelig for personer med hjernesker. Deltakerne med bedre kognitivt funksjonsnivå viste derimot mer bruk av problemløsende mestringsstrategi (Gregerio et al., 2015). Passiv mestring kan bli sett opp mot det Lazarus og Folkmann (1984, s. 150) kaller for emosjonfokusert mestring. Den kjennetegnes av forsøk på å endre følelser i forbindelse med stress, for eksempel ved å unngå situasjoner som medfører stress. Problemløsende mestringsstrategi er mer hensiktsmessig da den i større grad vurderer mulige utfall av situasjonen en befinner seg i (Lazarus & Folkmann, 1984, s. 162). Å forsøke å endre emosjoner er en typisk mestringsstrategi som på kort sikt vil dempe og avlede stresset (Benner & Wrubel, 2001, s. 85). Som student i praksis har jeg opplevd at pasienter som får informasjon om sykdom bruker tid på å bearbeide det. De kan virke litt unnvikende og avisende til hva de nettopp har hørt.

Adams og Dahdah (2016) løfter frem en rekke enkle mestrings- og tilpasningsstrategier som kan hjelpe pasienter å håndtere situasjonen de befinner seg i. Det handler om å ta

utgangspunkt i pasientens opplevelser og livssituasjon. I dybdeintervju med Adams og Dahdah (2016) fortalte pasienter om ulike egenlærte mestringsstrategier de benytter i hverdagen etter hjerneskade. En deltaker fortalte at han tar seg 30-minutters pause midt i sosiale sammenkomster for å unngå utmattelse. Likedan forteller en annen deltaker at han håndterer temperamentet sitt ved å være bevisst på hva som trigger ham. Disse mestringsstrategiene var egenlært, og pasientene ga uttrykk for manglende oppfølging fra helsevesenet. I motsetning til det, viser Sveen et al. (2016) sin studie til at et tydelig pasientforløp fra akutte behov til spesialisert rehabilitering er viktig for utfallet etter hodeskade. Som et resultat av tydelig pasientforløp og spesialisert rehabilitering, vil pasienters selvstendighet øke, konkluderer studien til Sveen et al. (2016). I likhet med Sveen et al (2016) sin konklusjon, sier også nasjonal hjernehelsestrategi 2018-2024 at målet er helhetlige behandlingsskjeder og forløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

### 5.3 Å legge til rette for målrettet behandling

Tidlig involvering med psykologiske støttesamtaler kan hjelpe pasienter å kontrollere emosjoner og uttrykke følelser, forklarer Wood (2013). Han beskriver videre at å uttrykke følelser i en terapeutisk dialog, styrker problemløsende mestringsstrategi og åpner forståelsen i sammenheng med virkelige situasjoner (Wood, 2013). I likhet med dette viser Mueller et al. (2018) og Sveen et al. (2016) at individuell og spesialisert oppfølging styrker pasientforløpet etter traumatisk hjerneskade. Målrettede samarbeidsprosesser skal bestå av koordinerte og sammenhengende tiltak som skal fremme funksjon- og mestringsevne ifølge forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, §3). Ifølge Romsland et al. (2015, s. 33) er medisinske komplikasjoner et område som lett blir oversett i rehabiliteringsarbeidet. Et tverrfaglig team har sine spesifikke arbeidsoppgaver, og dermed ikke tilstrekkelig kunnskap om det medisinske. I Vågan et al. (2016) sine funn kom det frem at fagpersoner må ha tilstrekkelig kunnskap om mestring i møte med personer som har langvarige helseutfordringer. Det innebærer å kunne anvende teknikker som setter i gang og støtter opp under endringer i tankemønsteret hos pasienter (Vågan et al. 2016). Romsland et al. (2015, s. 13) forklarer at sykepleier sitt ansvarsområde er mer åpent, men rettet mot forebygging og behandling. Sykepleier er ofte koordinator for pasienter med behov for rehabilitering. Det medfører organiserende ansvar av faggrupper (Romsland et al., 2015, s. 13). Pasientforløp for barn og unge med ervervet hjerneskade (Helse Vest, 2019, s. 13) viser sammensettingen av et tverrfaglig team i rehabilitering og forklarer teamets arbeidsmåte. Et tverrfaglig team

bestående av sykepleier, sosionom, lege, fysioterapeut, med flere, skal møtes en gang i uken. Det tverrfaglige teamet skal i samråd med pasient, og eventuelt pårørende, utarbeide målsetting for rehabiliteringen. I møtene skal samtlige deltakere aktivt oppsummere, evaluere og planlegge videre tiltak (Helse Vest, 2019, s. 13).

En deltaker i Young et al. (2008) sin studie forklarer målsetting som: å sette et mål som krever pasientens deltakelse, terapeuten sin deltakelse, et målbart resultat og en tidsramme for gjennomføring. Den beskrivelsen av målsettinger kan gjenkjennes i Romsland et al (2015, s. 70) sine «smarte mål». Spesifikke, målbare, aktivitetsrelaterede, realistiske og relevante og tidsavgrensede mål. Målene skal være individuelle, gjenspeile pasientens ønsker og bidra til motivasjon i rehabilitering (Romsland et al., 2015, s. 71). Funn i studien til Young og medarbeidere (2008) indikerer at det er flere fordeler med målsetting og målsettingsmøter i rehabilitering. For det første understreker studien at kyndige fagpersoner får koordinert arbeidet sitt med hverandre, og setter av tid hvor pasienten er i fokus. Det skaper rom for at pasienter kan stille spørsmål i tillegg til at rehabiliteringen blir en mer stegvis prosess, fortalte deltakere i studien til Young et al. (2008). Artikkelen konkluderer med at målsetting skaper samarbeid som styrkes pasienters selvstendighet og autonomi (Young et al., 2008). Fra egen pasienterfaring erfarte jeg spesifikke mål som et nyttig. Eksempelvis opplevde jeg treningen med fysioterapeut som tungt og krevende i begynnelsen. Sammen satte vi oss som mål at jeg skulle klare ti rolige minutter på ergometersykkelen innen fredag. Det lyktes jeg med, og ble motivert til å nå neste mål. Romsland et al. (2015, s.71) hevder at mål kan være utfordrende i tidlig fase av rehabiliteringsprosessen. Det på grunn av det føles urealistisk og fjernt. I tillegg kan det, ifølge Lund et al (2017, s. 237), oppstå sekundære skader etter traumatisk ervervet hjerneskade, som endrer behandling og rehabilitering betraktelig. Å ta hensyn til det mulige langtidsutfallet av skaden blir nødvendig. Likevel hevder Romsland et al. (2015, s. 71) at målsetting vil bidra til oppmuntring og håp. Ifølge Renolen (2015, s. 174) er håpet viktig og sees i sammenheng med en generell tro på fremtiden. Følelsen av håp vil mobilisere og styrke krefter til å håndtere motgang. Håpet styrkes og fremmes av vissheten om at familie og venner stiller opp i tøffe tider. Slike sosiale relasjoner blir ekstra viktig når krisen rammer.

Gregorio et al. (2015) konkluderer med at tidlig og tilrettelagt behandling kan øke effekten av rehabilitering. I likhet med dette viser resultatet fra Wood (2013) sin studie at tidlig identifisering av mestringsstiler kan forebygge psykologiske utfall etter hjerneskade. Lazarus og Folkmann (1984, s. 152) forklarer at en problemløsende mestringsstrategi vurderer flere

alternativ opp mot hverandre. Ifølge teorien vil mennesker velge det eller de alternativene som gir den beste løsningen. Derav er det en gunstig mestringsstrategi sammenlignet med emosjonfokuseret som er mer spontan (Lazarus & Folkmann, 1984, s. 155). Etter en skade i hjernen har man ifølge Bertelsen (2016, s. 330) få omfattende konsekvenser. Renolen (2015, s. 166) forklarer at man over tid, på tvers av situasjoner innarbeider seg en mestringsstil. Den karakteristiske mestringsstilen pasienten har tilegnet seg over tid, kan endre seg etter sykdom eller skade. For eksempel kan en med en utpreget optimistisk mestringsstil slite å se forbi alle påkjenninger og forandringer de står i. I så tilfelle kan det være fordelaktig å utarbeide seg en mer robust mestringsstil som bedre takler å stå i det (Renolen, 2015, s. 166). Vågan et al (2016) hevder det er behov for pedagogiske kunnskaper i møte med pasienter. Deriblant hvordan man tilpasser kommunikasjonen og informasjonen etter pasientens behov. I likhet med det, skal sykepleier, ifølge Benner og Wrubel (2001, s. 31), styrke pasientens ressurser til hvordan han eller hun ønsker.

## 6.0 Konklusjon

I oppgaven har jeg studert litteratur om hvordan sykepleier kan fremme mestring hos pasienter etter traumatisk ervervet hjerneskade. For å fremme mestring hos unge pasienter med hjerneskade må sykepleier kunne støtte pasienten, legge til rette for pasientdeltakelse og målrettet behandling.

I møte med pasienten må sykepleier sette seg inn i hvordan hver enkelt pasient opplever situasjonen, og kartlegge hva som må til for at vedkommende skal oppleve mestring. Til å begynne med er det hensiktsmessig å skape gjensidig relasjon med pasienten. Sykepleier må blant annet ha tilstrekkelig kunnskap om faget, kommunikasjon og pedagogiske egenskaper. Forskingen løfter frem personlige holdninger som forståelse, tålmodighet og støtte som viktig. Med disse egenskapene som utgangspunkt kan sykepleier legge til rette for pasientdeltakelse. Pasienten og dens ønsker er grunnleggende for utarbeiding av målsetting og rehabiliteringsplan. Tidsavgrensede mål i rehabiliteringsprosessen viser seg å være fordelaktig fordi det motiverer både pasient og personale. Tidlig og tilrettelagt intervensjon bidrar til ivaretagelse av pasientens brukermedvirkning, i tillegg til å forebygge psykiske symptomer. Med utgangspunkt i pasientens bakgrunn kan sykepleier hjelpe pasienten å mestre situasjonen, i tillegg til å legge til rette for individuell og spesialisert behandling for veien videre.

Det kan virke som sykepleiere ofte kommer i skyggen av terapeuter og andre yrkesgrupper i rehabiliteringsfasen etter hjerneskade. Det er gjort tilsynelatende lite forskning på sykepleiers betydning og rolle i møte med mennesker med traumatisk ervervet hjerneskade. Etersom sykepleier er en sentral person tett på pasienten, ser jeg det som et behov med ytterligere forskning på området.

Avslutningsvis vil jeg si som det står i Nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2024) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 28): «God rehabilitering handler også om mestringsfølelse».



## Litteraturliste

- Adams, D. og Dahdah, M. (2016). Coping and adaptive strategies of traumatic brain injury survivors and primary caregivers. *Neurorehabilitation* 39(2) June 2016.  
DOI: [10.3233/NRE-161353](https://doi.org/10.3233/NRE-161353)
- Benner, P og Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sykepleje – stress og mestring ved sundhed og sygdom*. (H. Steinicke, Overs.). København: munksgaarddanmark
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn og E. Bach-Gansmo (red.). *Sykdom og behandling*. (2. utg., s. 320-343). Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL\\_2#%C2%A73](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_2#%C2%A73)
- Gregorio, G. W., Ponds, R. W. H. M., Smeets, S. M. J., Jonker, F., Pouwels, C. G. J. G., Verhey, F. R. og Heugten, C. M. (2015). Associations between executive functioning, coping, and psychosocial functioning after acquired brain injury. *British Journal of Clinical Psychology* (2015), 54, 291–306. DOI:10.1111/bjc.12074
- Helsebiblioteket (2016, 6. Mars). Sjekklister. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helse Bergen. (2016, 13. september). Bevissthet og kognitiv funksjon – traumatisk hjerneskade. Hentet fra <https://helse-bergen.no/avdelinger/rehabiliteringsklinikken/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering-sengepostar/bevissthet-og-kognitiv-funksjon-traumatisk-hjerneskade>
- Helsedirektoratet. (2017, februar). Statusrapport hjernehelse. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/statusrapport-hjernehelse/Statusrapport%20hjernehelse.pdf/\\_attachment/inline/7d59bc61-6239-4d06-9aa6-987ee4454850:288b5a0f60e635edcfc3a872158af2cbd37eb6dc/Statusrapport%20hjernehelse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/statusrapport-hjernehelse/Statusrapport%20hjernehelse.pdf/_attachment/inline/7d59bc61-6239-4d06-9aa6-987ee4454850:288b5a0f60e635edcfc3a872158af2cbd37eb6dc/Statusrapport%20hjernehelse.pdf)
- Helsedirektoratet. (2015, september). Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

- HelseNorge. (2017, 6. November). Hjerneskade hos voksne. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/hjerneskade-hos-voksne>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*(Særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrappingsplanrehabilitering.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2024)*. (Plan/strategi 12.12.2017). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/8eba3248e9e843f6b09e97a84a97a153/hjernehelsestrategi\\_2018-24\\_121217.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/8eba3248e9e843f6b09e97a84a97a153/hjernehelsestrategi_2018-24_121217.pdf)
- Helse Vest. (Oktober, 2019). *Pasientforløp for barn og unge med ervervet hjerneskade*. Hentet fra <https://helse-vest.no/seksjon/styresaker/Documents/2019/12.12.2019/Sak%2013119%20Vedlegg%202%20-%20Vedlegg%201-13%20til%20prosjektrapport.PDF>
- Kristoffersen, N. J. og Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug og G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie – Bind 1*. (3. utg., s. 89-138). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug og G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie – Bind 1*. (3. utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lazarus, R. S. og Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer publishing company.
- Lund, S. B., Raknestangen, S., Mastad, V. og Lohne, V. (2017). Sykepleie ved sykdommer og skader i sentralnervesystemet. I D-G., Stubberud, R. Grønseth og H. Almås (red.). *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg., s. 233-268). Oslo: Gyldendal akademisk
- Mestring (2018, 18. september). *Brukermedvirkning*. Hentet fra <https://mestring.no/helsepedagogikk/brukermedvirkning/>
- Mueller, C., Wesenberg, S., Nestmann, F., Stubbs, B., Bebbington, P. og Raymont, V. (2018). Interventions to enhance coping after traumatic brain injury: A systematic review. Hentet fra <https://doi.org/10.12968/ijtr.2018.25.3.107>
- Norsk sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Romsland, G. I., Dahl, B. og Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Sveen, U., Roe, C., Sigurdardottir, S., Skandsen, T., Andelic, N., Manskow, U., Berntsen, S., Soberg, H. L. og Anke, A. (2016, 6. april). Rehabilitation pathways and functional independence one year after severe traumatic brain injury. *European journal of physical and rehabilitation medicine edizioni Minerva medica*. (2016 Oct;52(5):650-661.)
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Vågan, A., Eika, K. og Skirbekk, H. (2016). Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring. *Sykepleien*: DOI: 10.4220/Sykepleienf.2016.59702
- Wood, R. og Doughty, C. (2013). Alexithymia and avoidance coping following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation: March/April 2013 - Volume 28 - Issue 2 - p 98-105*. Doi: 10.1097/HTR.0b013e3182426029
- Young, C. A., Manmathan, G. P. og Ward, J. C. R. (2008). Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: a qualitative study of patients, carers and staff. *Journal of rehabilitation medicine* 2008, Vol.40(3), DOI: 10.2340/16501977-0147

## Vedlegg

### Vedlegg 1 – PICO-skjema

<b>P – patient/problem</b>	<b>I – intervention</b>	<b>C – comparsion</b>	<b>O – outcomes</b>
Traumatisk ervervet hjerneskode pasienter	Rehabilitering Mestringsstrategi Fremme mestring Pasientdeltakelse Tilrettelegging Informasjon/veiledning		Opplive trygghet og mestring i rehabiliteringsfasen

## Vedlegg 2 – Søketabletter

Søk i CINAHL 27.02.2020

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Coping strategies		9912
S2	Rehabilitation		163 040
S3	Traumatic brain injury		230 23
S4	S1 AND S2 AND S3		46
S5		2010-2020	22
S6		Peer reviewed (fagfelleurdert)	20

Etter søk nummer 6 fant jeg artikkelen “*Coping and adaptive strategies of traumatic brain injury survivors and primary caregivers*” (Adams og Dahdah, 2016). Artikkelen ble funnet som nummer 3 i søket på EBSCO host Elite via database CINAHL, og virket relevant da den ser på pasienterfarte mestringsstrategier.

Søk I Academic search Elite 05.03.2020

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Rehabilitation		305 986
S2	Brain injury OR traumatic brain injury OR head injury OR acquired brain injury		56 856
S3	Coping OR coping strategies OR mastery		76 730
S4	S1 AND S2 AND S3		414
S5		2009-2020, peer reviewed	350
S6		Full text, English language	67

“*Associations between executive functioning, coping, and psychosocial functioning after acquired brain injury*” skrevet av Gregorio et al. (2015) ble funnet som nummer 7 I søket på EBSCO host Elite via database academic search Elite. Studien er aktuell på grunn av den viser sammenheng mellom passiv mestring, lav livskvalitet og depressive symptomer.

### Vedlegg 3 – Litteratormatrise

Artikkel:	Hensikt:	Metode/data:	Utvalg:	Resultat:
<p>Adams og Dahdah (2016)</p> <p><i>“Coping and adaptive strategies of traumatic brain injury survivors and primary caregivers”</i></p>	<p>Ser på mangler, behov, mestring- og tilpasningsstrategi er etter ervervet hjerneskade. Beskrive både pasienter og pårørende sin erfaring</p>	<p>Kvalitativ undersøkelse. Semi-strukturerte intervju.</p> <p>Amerika/USA.</p>	<p>17 respondenter. USA. 11 personer med traumatisk hjerneskade. Begge kjønn jevnt fordelt. Minst 18 år, 1 år etter ulykke, definert med mild, moderat eller alvorlig hjerneskade og sosialt oppegående. 6 kjente pårørende, tilbragt minst 40 timer i uken sammen før ulykke.</p>	<p>Deltakerne rapporterte inn hukommelsestap, utmattelse, sinne og personlighetsendringer som følger av TBI. Deltakerne hadde ulike mestrings og tilpasningsstrategier for å håndtere sine problemer, men forståelse, tålmodighet og støtte som viktig i rehabiliteringsfasen. I tillegg vises eksempler på individuelle mestringsstrategier, som «time out».</p>
<p>Young, Manmathan og Ward (2008)</p> <p><i>“Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: a qualitative study of patients, carers and staff”</i></p>	<p>Undersøke virkningen av å ha målsetting i rehabilitering. Se på pasienter, pleiere og personale sine erfaringer og meninger.</p>	<p>Kvalitativ metode. Semi-strukturert intervju av fire grupper på 10 personer.</p> <p>England.</p>	<p>40 personer. Pasienter, pasienter utskrevet siste 2 årene, pleiere og personale ved rehabiliterings institusjoner. Ulik aldergruppe og kjønnsfordeling blant intervjuobjektene. Pasientene hadde ikke-progressive nevrologiske skader, behov rehabilitering og deltatt på minst 2 målsettingsmøter.</p>	<p>Studien oppsummerer med at målsetting skaper et bra samarbeid mellom pasient og klinisk team. Pasientene følte de ble hørt og sett, og at de ansatte hadde kunnskap og erfaring til å hjelpe pas å bli mer selvstendig. Målsettinger hjalp pasientene til å oppnå autonomi, samarbeid og kompetanse i rehabiliteringen.</p>

<b>Artikkel:</b>	<b>Hensikt:</b>	<b>Metode/data:</b>	<b>Utvalg:</b>	<b>Resultat:</b>
<p>Mueller et al. (2018)</p> <p><i>“Interventions to enhance coping after traumatic brain injury: A systematic review”</i></p>	<p>Kartlegge hvordan psykososiale behov kan bidra til mestring hos pasienter som har opplevd traumatiske hodeskade.</p>	<p>Systematisk litteraturstudie i 5 databaser: CINAHL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO og Cochrane library.</p> <p>Britisk.</p>	<p>PICO kriterier benyttet var ervervet hjerneskade, voksne over 16 år, psykososiale intervensjoner for å fremme mestring. Satt igjen med 8 heterogene studier innfor PICO kriteriene med god kvalitet.</p>	<p>Emosjonfokusert mestringsstrategi blir sett i sammenheng med traumatisk hjerneskade. Manglende selvinnsikt etter skade kan føre til en unngående mestringsstrategi og psykososiale utfall. Individuell og målrettet behandling kan styrke mestringsstrategi for pasienter etter traumatisk hjerneskade.</p>
<p>Gregorio et al. (2015)</p> <p><i>“Associations between executive functioning, coping, and psychosocial functioning after acquired brain injury”</i></p>	<p>Studien ser på forholdet mellom funksjon, mestring, depresjon og livskvalitet etter ervervet hjerneskade.</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie som benytter seg av 7 ulike tester. Ser på deltakernes resultat fra testene, og sammenligner de med hverandre.</p> <p>Nederland.</p>	<p>93 pasienter med ervervet hjerneskade. 58 kontrollpersoner. Minst 18 år og 3 måneder etter skade.</p>	<p>Studien viser sammenheng mellom passiv mestring, lavere livskvalitet og depressive symptomer. Et resultat av det blir dårligere effekt av behandlingen. Konkluderer med at tilpasset og tilrettelagt behandling har god effekt i rehabiliteringen. I tillegg kan det være forebyggende for depressive symptomer</p>
<p>Wood (2013)</p> <p><i>“Alexithymia and avoidance coping following traumatic brain injury”</i></p>	<p>Målet med studien er å se sammenhengen mellom mestringsstiler, aleksitymi og psykiske lidelser</p> <p>Kartlegge effekt av mestringsstrategier.</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie. 124 respondenter. svarte på fire tester om temaene angst, depresjon, mestring og aleksitymi.</p> <p>Wales.</p>	<p>70 pasienter med som hadde vært gjennomtraumatisk hjerneskade og 54 personer i en kontrollgruppe.</p>	<p>Traumatisk hjerneskade gruppen har økt sannsynlighet for å utvikle aleksitymi, angst og depresjon, samt en lavere score av problemløsende mestring. Studien viser at tidlige og gode mestringsstrategier kan redusere sjansen for senere aleksitymi og psykologiske lidelser.</p>

<b>Artikkel:</b>	<b>Hensikt:</b>	<b>Metode/data:</b>	<b>Utvalg:</b>	<b>Resultat:</b>
Sveen et al. (2016)  <i>“Rehabilitation pathways and functional independence one year after severe traumatic brain injury”</i>	Vurdere pasientforløpet og selvstendighet etter traumatisk ervervet hjerneskade.	Kohortstudie. Data fra traumeregister, telefonsamtale 3 måneder etter ulykke og 12 måneders kontroll på sykehus (tlf hvis ikke mulig).  Norge.	Pasienter med traumatisk hjerneskade fra 4 norske sykehus i tidsrommet 2009-2011. 278 deltakere, 100 døde innen en uke, og dermed 163 som deltok på 12 måneders kontrollen.	Tydlig pasientforløp fra akutt fase til spesialisert rehabilitering bidrar til økt selvstendighet hos pasienter. 70% av deltakerne var selvstendig og krevde ingen oppfølging ved 12 måneders kontrollen. I tillegg viser studien at rehabilitering har bedre effekt hvis man kan unngå forsinkelser i rehabiliteringsforløpet.
Vågan, Eika, og Skirbekk (2016)  <i>«Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring»</i>	Undersøke helsepedagogisk kompetanse hos fagpersoner som gir læring og mestringsbehov hos personer med langvarige helsebehov.	Litteraturstudie. Systematisk gjennomgang. Inkluderer internasjonale kvalitative og kvantitative studier.  Norsk.	Medline, Embase, PsychInfo og Cinahl. 16 studier som tilfredsstilte inklusjons- og kvalitetskriteriene.	I resultatene fremkommer det 6 kompetanseområder som er relevant for fagpersoner. Det er gruppeledelse, medisinsk fagkunnskap om diagnose og behandling, kommunikasjon, mestring og mestringsstrategier, pedagogikk, personlige egenskaper og holdninger



## Vedlegg 4 – Drøftetabell

	<b>Å støtte pasienten</b>	<b>Å legge til rette for pasientdeltakelse</b>	<b>Å legge til rette for målrettet behandling</b>
Adams, D og Dahdah, M. (2016). Coping and adaptive strategies of traumatic brain injury survivors and primary caregivers.	Pasienterfaring om helsepersonell sine egenskaper	Egenlærte mestringsstrategier	Pasienterfart mestring og tiltak
Young et al. (2008). Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: a qualitative study of patients, carers and staff.		Målsetting som en felles prosess	Erfaring med målsetting i rehabilitering.
Mueller et al. (2018). Interventions to enhance coping after traumatic brain injury: A systematic review.		Manglende selvinnsikt. Individuell oppfølging	Individuell oppfølging
Gregorio et al. (2015). Associations between executive functioning, coping, and psychosocial functioning after acquired brain injury	Tilpasset og tilrettelagt behandling	Tilpasset og tilrettelagt behandling. Unngå mistilpasning	Tilpasset og tilrettelagt behandling
Wood, R. (2013). Alexithymia and avoidance coping following traumatic brain injury.	Identifisere mistilpasning og mestring	Tidlig involvering	Terapeutisk dialog. Tidlig identifisering
Sveen et al. (2016). Rehabilitation pathways and functional independence one year after severe traumatic brain injury.		Økt selvstendighet og helhetlig pasientforløp	Helhetlig pasientforløp
Vågan, A., Eika, K. og Skirbekk, H. (2016). Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring.	Kommunikasjon, fagkunnskap, personlige egenskaper og holdninger	Fagkunnskap og pedagogiske ferdigheter	Mestring og kommunikasjon

## Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

### Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister.

Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

## (A) Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

**Tips:**

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

Å utforske effekten av å ha målsetting i rehabilitering. Se på pasienters og helsepersonell sin erfaring.

---

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

**Tips:** Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kvalitativ metode vil tydeliggjøre opplevde erfaringer av det å ha målsetting i rehabilitering.

## Skal du fortsette vurderingen?

**Tips:**

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

**3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?**

JA

UKLART

NEI

**Tips:**

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

---

**4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?**

JA

UKLART

NEI

Viser perspektiv fra helsepersonell og pasienter

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

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

---

## 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA UKLART NEI

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

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

Ble gjennomført på en rehabiliteringsklinikk med deltakere fra 16-55 år.

Semi-strukturerte intervju ansikt til ansikt med 2 forskere. Intervjuene ble spilt inn og transkriptert. Deltakerne ble spurt om de kunne definere målsetting, fortelle om styrker og svakheter ved målsetting, og forslag til forbedringer ved det å ha målsetting. Åpne spørsmål for å skape en åpen diskusjon.

---

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

 JA UKLART NEI

**Tips:**

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

Viser til svakheter som at sykehussetting for intervjuene kan virke stressende på respondantene. Bedre psykologisk evner kunne fått frem deltakerne sin mening enda tydeligere.

---

## 7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI

### Tips:

Vurdert av 2 etiske komiteer

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

---

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

 JA UKLART NEI

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

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

Tydelig beskrevet fremgangsmåte for hvordan intervju og analyse er gjennomført. Kunne vært mer data for å underbygge funnene i studien. Likevel er mine generelle oppfatning at målsetting er noe som har effekt i rehabilitering, ettersom det er noe jeg har hørt om og egen erfaring fra.

---

## Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 JA UKLART NEI

## (B) Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

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

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

Resultatene viser at målsetting er noe både personale og pasienter har effekt. I tillegg viser funnene fordeler som at rehabilitering blir en mer stegvis prosess og et samarbeid mellom personale og pasient.

## (C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Har overføringsverdi til rehabiliteringsarbeid etter hjerneskadene, men også til generell rehabilitering.

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

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