

Sygeplejerskens rehabiliterende indsats fremmes af helhedsorientering og kendskab til borgeren.

Patient Relation and a Holistic Approach Improve Nurses' Rehabilitation Effort

Anna Rottensten Wieghorst, Cand.Scient.san., PBA Global Nutrition and Health, Institute of Public Health, Aarhus University, Bartholins Allè 2, Building 1260, 8000 Aarhus C, Denmark.

Sanne Angel RN. PhD. Associate Professor, Research unit of nursing and healthcare, Institute of Public Health, Aarhus University, Bartholins Allè 2, Building 1260, 330, 8000 Aarhus C, Denmark. **ORCID:** [0000-0001-7669-6743](https://orcid.org/0000-0001-7669-6743)

Resumé:

Baggrund: Stigende efterspørgsel på hjemmesygepleje og begrænsede ressourcer har givet den rehabiliterende indsats større bevågenhed. Omstillingen til denne strategi har vist sig vanskelig indenfor hjemmesygeplejen.

Formål: at belyse sygeplejerskernes oplevelse af at yde borgeren en rehabiliterende indsats i hjemmesygeplejen.

Metode: Spradley's metode for kvalitativ etnografisk deltagerobservation blev benyttet til dataindsamling og analyse. Tre sygeplejersker blev fulgt tre formiddage.

Fund: den rehabiliterende indsats blev set som metode til at gøre borgerne uafhængig af hjælp fra kommunen. Med afsæt i vurderings- og udredningsbesøg blev sygeplejerskernes arbejde rammesat af ydelser og kørselslister. Derfor blev dokumentation afgørende for om en rehabiliterende indsats blev udført. Det særlige fokus på borgerens aktivering betød at hverdagsrehabiliteringen kunne blive meningsløs for sygeplejersken. En styrkende faktor for den rehabiliterende indsats, var et personligt kendskab og relation til borgeren.

Konklusion: Sygeplejerskernes rehabiliterende indsats var opgavebaseret og styret af organisatoriske rammer og hæmmet af fragmentering. Derfor udeblev en helhedsorienteret rehabiliterende indsats.

Nøgleord:

Buurtzorg, deltagerobservation, hjemmesygepleje, hverdagsrehabilitering, omsorg, rehabilitering

Abstract:

Background: rising demands and limited resources in homecare nursing has increased the focus on rehabilitation in home nursing. Transitioning to this strategy has proved difficult within home nursing.

Aim: to investigate homecare nurses' experience of their rehabilitation effort.

Method: Spradley's qualitative method of participant observation was used to collect and analyse ethnographic data.

Findings: rehabilitation was seen as a way of making the patient independent of council supplied home help. Based on evaluation and assessment meetings the nurses' intervention schedule was established and documented. For this reason, documentation came to a crucial role in whether rehabilitation took place or not. The specific focus on

patient activation meant that rehabilitation through re-ablement could become a senseless act for the nurse. A determining factor for nurse led rehabilitation was knowledge of- and a personal relation with the patient.

Conclusion: Nurses rehabilitation effort was restricted by task orientation, the organisational framework and fragmentation which prevented a holistic rehabilitation approach.

Keywords:

Buurtzorg, care, home care nursing, participant observation, re-ablement, rehabilitation.

Baggrund:

I takt med en stigende efterspørgsel på hjemmesygepleje italesættes behovet for en rehabiliterende indsats som en måde at reducere presset på ressourcerne. Kommunen beskriver rehabilitering, som en strategi der skal støtte borgeren i at opnå, så vidt muligt, deltagelse i samfundet og give borgeren et selvstændigt liv (1). Dette underbygges af politiske strategier, der tager udgangspunkt i sundhedsloven (2), serviceloven (3) og bekendtgørelser (4, 5), men udformes forskelligt fra kommune til kommune (6). Denne strategi kommer fx. til udtryk i Aarhus kommune, ved forløbsmodellen (1) som overordnet tværfagligt og systematisk konkretiserer planer og betingelser for udførelsen af den rehabiliterende indsats i den daglig sygepleje. På det borgerspecifikke niveau arbejder hjemmesygeplejersken ud fra individuelt tilrettelagte handlingsplaner, udarbejdet på baggrund af en visitation foretaget af borgerkonsulenter, sygeplejersker og terapeuter (1). Således forventes det at sygeplejerskerne indtænker, hvorledes der i videst mulige omfang kan tilføres en rehabiliterende indsats i retning af, at borgeren opnår større selvstændighed og uafhængighed.

Rehabiliteringsbegrebet blev introduceret i hjemmesygeplejen i midten af 00'erne (7) og blev af nogle sygeplejersker oplevet som en forandring, mens andre allerede syntes, at de arbejdede rehabiliterende (7). Således havde nogen sygeplejersker den opfattelse, at deres indsats allerede fokuserede på borgerens opnåelse af et meningsfuldt liv med så høj grad af deltagelse som muligt. De sygeplejersker, der oplevede det rehabiliterende arbejde som noget nyt, blev udfordret fordi de havde en oplevelse af, at deres opgaver ikke var tiltænkt en overdragelse til borgeren. Dette begrundede de dels med borgerens svækkede tilstand og dels med at opgaverne krævede sygeplejefaglige kompetencer (7, 8) hvilket ikke gjorde det muligt at inkludere en rehabiliterende indsats (8, 9). Det peger på en diskrepans mellem den brede definition af rehabilitering og den hverdagsrehabilitering, der sættes fokus på i kommunerne. Her retter hverdagsrehabilitering sig mod, at borgeren skal træne ved at deltage og aktiveres i de hverdagsopgaver, som præger borgerens liv (10). Denne opfattelse bliver underbygget af Vive der, i flere af deres rapporter, har sat fokus på den såkaldte hverdagsrehabilitering. I rapporterne peges det på, at sygeplejerskerne giver udtryk for, at de finder det vanskeligt at finde deres rolle i hverdagsrehabiliteringen (9, 11-13). Både på grund af kompleksiteten i sygeplejen, men også fordi sygeplejerskernes arbejde ikke er blevet indtænkt i de rehabiliterende indsatser (7).

I kommunen sættes rehabiliteringen lig med, at borgeren skal klare opgaven selv (14) og at tilgangen til borgeren skal omstilles ”*fra at yde pleje og omsorg til at rehabilitere*” (7). Hermed lader omsorg til at blive opfattet på lige fod med det at yde en

kompenserende indsats (7). Der kan derfor opstå interessekonflikt i forholdet mellem at yde omsorg og at rehabiliterer, fordi sygeplejerskerne ser omsorg som en kerneopgave i sygeplejen. Dette kan være bidragende til, at den rehabiliterende rolle er blevet uklar for sygeplejerskerne.

Således ses den rehabiliterende indsats ikke kun som et potentiale til at forbedre borgerens funktionsniveau. Den ses også som en brugbar tilgang til at fremme selvstændighed og en løsning til at reducere borgerens forbrug af kommunens ressourcer. Dette indebærer krav om bevågenhed og indsats fra alle faggrupper, og der er derfor behov for at opnå en bedre forståelse af sygeplejerskernes oplevelse af deres rehabiliterende arbejdsforhold for, at de bedst muligt kan bidrage til den optimale rehabiliterende indsats.

Formål:

Med dette studie belyser vi sygeplejerskernes oplevelse af at yde borgeren en rehabiliterende indsats i hjemmesygeplejen.

Metode:

En kvalitative etnografiske tilgang (15) er benyttet fordi den har det centrale formål, at opnå en forståelse af andre menneskers kulturelle scene og derfor velegnet til at belyse sygeplejerskernes perspektiv.

Med afsæt i Spradley's metode (15) for deltagerobservation blev data indsamlet og analyseret i foråret 2021. Rekrutteringen af sygeplejersker og tilladelse til gennemførelse af undersøgelsen blev formidlet af kommunen. Der blev foretaget en formålssampling, hvor det blev tilstræbt at inkludere sygeplejersker med henholdsvis kort middel og lang erfaring (tabel 1). Ti sygeplejersker blev adspurgt, seks takkede nej og en blev syg på dagen for observation.

Tabel 1: oversigt over deltagende sygeplejersker

<i>Sygeplejerske:</i>	<i>Hjemmesygepleje Erfaring</i>	<i>År uddannet</i>	<i>Alder</i>	<i>Observations tid</i>
<i>S1</i>	<1 år	2017	25-30	5 ,10
<i>S2</i>	1 år	2020	25-30	4 ,15
<i>S3</i>	20 år	1986	55-60	4 ,10

Feltarbejdet blev udført af førsteforfatter, som fulgte tre hjemmesygeplejersker i en dansk kommune i 13,5 timer. Alle observationer fandt sted om formiddagen fordi de deltagende sygeplejerskers vagter lå på dette tidspunkt (tabel 2). Data over hjemmesygeplejerskens arbejde blev indsamlet ved henholdsvis observationer og samtaler. Der blev taget noter under hjemmebesøg hos borger og lavet lydoptagelser ved samtale med sygeplejersken. Både optagelser og noter blev umiddelbart efter feltarbejdet transskriberet ordret og noter uddybet yderligere af observatøren. Det samlede datamateriale udgør ca. 87 normalsiders tekst og repræsenterede stor opgavevariation.

Tabel 2: Oversigt over borgerbesøg:

<i>Besøgs nr.</i>	<i>Opgave</i>	<i>Sted</i>	<i>Besøgstype</i>
1	Blodsukker aflæsning, Opfølgning	Telefonopkald	Tjek-op
2	Skifte stomi pose, dosere medicin, give injektion	Hjemmebesøg	Oplæring, pleje
3	Ny borger, udredning	Hjemmebesøg	Vurderingsbesøg
4	Medicin udlevering - psykisk diagnose	Hjemmebesøg	Medicinering
5	Respirations-problemer, hjemmeplejen har efterspurgt sygeplejersken, TOBS	Hjemmebesøg	Akut besøg
6	Pleje af liggesår, diabetes sår og dryppe øre	Hjemmebesøg	Plejebesøg
7	Medicindosering	Hjemmebesøg	Medicindosering
8	Lægge kompressionsforbinding, måle BP og notere vægt.	Hjemmebesøg	Plejebesøg
9	Hudlidelse, påføre creme, lægge kompression.	Hjemmebesøg	Plejebesøg
10	Sårpleje	Hjemmebesøg	Plejebesøg
11	Afklaring af behov for hjælp	Hjemmebesøg	Udredningsbesøg
12	Sårpleje	Hjemmebesøg	Akut

I overensstemmelse med god forskningspraksis er der gennem skriveprocessen blevet refereret til Consolidated criteria for Reporting Qualitative research tjekliste (16).

Analyse:

Data blev analyseret ved hjælp af Spradley's (15) systematiske metode, hvor en hermeneutisk bevægelse mellem delene og helheden frembringer forståelse. Denne bevægelse skete ved at analysen bevægede sig mellem analysemetodens; 1) domæneanalyse, 2) taksonomisk analyse og 3) komponentanalyse.

1) der skabes klarhed over de bestanddele som relaterede sig til sygeplejerskernes rehabiliterende indsats ved at beskrive dem ved hjælp af underbegreber som hjemmesygeplejersken benyttede. Dette blev gjort ved semantisk at relatere et kulturelt begreb til dets bestanddele (tabel 3).

Tabel 3: Eksempel på domæneanalyse

Domæne analyse:	Eksempel	
	Måder at rehabiliterer →	Oplæring, inddrage pårørende, hjælpemidler, supervisere, delvist klare opgaven selv, sundhedsklinik, hverdagsopgaver
	Årsager til ikke at rehabiliterer →	Manglende: dokumentation, tid, hjælpemiddel, kendskab. Dårlige vaner, forskelligartet tilgang fra hjemmeplejen,

		akutbesøg, opgaven kan ikke rehabiliteres.
--	--	--

2) for at identificere delene af helheden relateres domænerne efterfølgende til hinanden, ved at spørge ind til, hvad rehabiliteringen er afhængig af. Det giver en forståelse for hvorledes rehabilitering bliver beskrevet fra sygeplejerskernes perspektiv og domænerne indbyrdes sammenhæng (tabel 4).

Tabel 4: eksempel på taksonomisk analyse - hvad rehabilitering er afhængig af:

Rehabilitering	Borger	Psykisk formåen	Diagnose
			Aldring / demens
			sygdomsforståelse
			Motivation
		Fysisk formåen	Styrke
			Fysiologisk Placering af skavank
	Diagnose		
	Kendskab til borger	Dokumentation	
		Hyppighed af besøg	
		Personligt kendskab	
		Samtale	
	Pårørende	Høre den pårørende	
		Se potentialet	
	Besøgstypen	Passive	Vurderings besøg
			Opfølgings besøg
			Udrednings besøg
			Tjek-op
		Aktive	Plejebesøg
			Akut besøg
	Sundhedsklinik		
	Opgave	Oplæres	Forberede
			Superviseres
			Overtage selv
			Hjælpemiddel
		Delvis løst af borgeren	
		De udenoms forhold	Åbne dør
			Gøre klar
Rydde op			
Sygeplejersken	Kommunikation		
	Sundhedsmæssigt forsvarligt		
	Rutiner		
	Roller		
	Konflikter		

3) komponentanalysen bidrog efterfølgende til at beskrive bestanddelene af domænerne gennem meningsfyldte komponenter. Dette gøres ved at stille kontrasterende spørgsmål til domænerne i relation til hinanden. Tabel 5 illustrerer en oversigt over relationen mellem måder at rehabilitere på og de domæner der påvirkes udfaldet hyppigst. Afslutningsvist dannede komponentanalysen baggrund for temadannelsen, der beskriver den kulturelle scene.

Tabel 5: komponentanalyse over måder der kan rehabiliteres på i relation til de domæner der havde afgørende indflydelse:

<i>Måder at rehabiliteres på</i>	<i>Afhængig af dokumentation</i>	<i>Afhængig af opgaven</i>	<i>Kræver af borgeren</i>	<i>Tid</i>	<i>Afhængig af besøgstype</i>	<i>Sygeplejerske</i>
<i>Oplære</i>	Skal være indført som en ydelse	Borgere kan ikke oplæres i alle opgaver	Mentalt overskud, sygdomsmæssig indsigt	Krævede afsat tid	Aktivt* besøg	At de kan tilrettelægge en oplæring
<i>Inddrage pårørende</i>	Skal dokumenteres. Ex. pårørende inddraget til medicin-dosering	At deres ressourcer bliver anerkendt, hørt og fulgt op på	At der er pårørende	At der er tid til at høre den pårørende under besøgene	Passivt** besøg -Når borger fysisk var ude af stand til at deltage. Overlade opgaven til pårørende	At sygeplejersken kan se potentialet, og er opmærksom på ressourcen
<i>Benytte hjælpemidler</i>	Skal være dokumenteret, og ydelse givet	Hjælpemidler er ikke tilgængelige til alle opgaver	Fysisk styrke og oplæring i at benytte dem	At borger eller pårørende bliver oplært i at benytte dem	Aktivt besøg	Kan sparre med terapeuterne, kender ikke alle hjælpemidler
<i>Hverdagsopgaver (eks. lukke sygeplejersken ind, rydde op)</i>	Skal være dokumenteret: eks. kan borger komme til døren	At opgaven omfatter noget borger, kan gøre	Er mobil, kan komme ud	At der er tid til at vente på at borger deltager	Aktivt besøg	Undgå gamle vaner og rutiner, opbygge nye, give mening for sygeplejersken
<i>Sende borger i sundhedsklinik</i>	Afklares ved udredning, Skal dokumenteres om løsningen er undersøgt - årsag for og imod	Alle opgaver	Er mobil eller har pårørende til at hjælpe med transport	Kræver at sygeplejerske har tid til at gå i sundhedsklinik	Aktivt besøg	At det ikke er lettere for sygeplejersken at tage det på sin tur rundt
<i>Borger klare dele af opgaven</i>	Afklares ved udredning, dokumenteres	Opgaver er begrænset af at borger ikke fysisk kan selv, eller	Borger kan være fysisk og/eller psykisk begrænset	Tidsbesparende	Aktivt og passivt besøg	Følte det var i orden at overlade det til borger - vaner og ansvar

		ikke mestrer hele opgaven				
Supervisere	Skal dokumenteres. Afklares ved udredning eller opfølgning	Ikke alle opgaver kan løses superviseri ng	Mentalt kapacitet til at kunne rumme det	At der er afsat tid til det	Aktivt besøg	At der var tid og viden om hvordan

Note: * aktivt besøg = når sygeplejersken løste en sygeplejeopgave for borgeren. **passivt besøg = besøg hvor sygeplejersken møder og taler med borgeren, men løser ikke en sygeplejeopgave.

Etiske overvejelser:

Dataindsamlingen blev foretaget i overensstemmelse med Helsinki Deklarationen (17). Da studiet udelukkende involverer kvalitative data og ikke personfølsomme data, var det ikke nødvendigt at søge tilladelse hos datatilsynet eller Videnskabsetiskekomitéen. Der blev til gengæld givet tilladelse fra ledelsen og søgt informeret samtykke, både mundtligt og skriftligt, hos de deltagende sygeplejersker, hvis identitet blev anonymiseret. Borgeren blev ligeledes informeret om observationen og spurgt om tilladelse til at benytte deres hjem til formålet. Alle lydfiler blev slettet efter transskribering.

Fund:

Studiet viste, at sygeplejerskerne så den rehabiliterende indsats som metode til at gøre borgerne uafhængige af hjælp fra kommunen. Da sygeplejerskernes arbejde var tilrettelagt ud fra ydelser og kørelister, var det afgørende at indsatsen blev tilrettelagt og beskrevet ved vurderings- og udredningsbesøget. Dermed blev denne beskrivelse central for, om borgeren fik en rehabiliterende indsats samt for hvorledes den blev udført. Således kunne manglende eller fejlbehæftet dokumentation betyde, at den rehabiliterende indsats ikke blev udført. I tilfælde af fejl og mangler var det af særlig høj prioritet for sygeplejerskerne, at have et personligt kendskab til borgeren, hvilket blev udfordret af en manglende kontinuitet i besøgende sygeplejerske.

Rehabiliterende indsats som metode til at gøre borgerne uafhængig af hjælp fra kommunen:

Den rehabiliterende indsats beskrev sygeplejerskerne som et middel i indsatsen for at borgerne blev mere uafhængige og dermed fordrede færre ressourcer. Sygeplejerskens opgave var at *"få dem videre eller ud af hjemmeplejen"* (S1). Således så sygeplejersken i første omgang, rehabiliteringen som et bidrag til at reducere borgernes behov for hjemmesygepleje. Det skete ved at arbejde sammen med borgeren mod et mål, som var udarbejdet under vurderings- og udredningsbesøget og aktivere borgeren i egen behandling, så vidt det var muligt. Selv om det blev kaldt rehabilitering syntes sygeplejerskerne, at denne arbejdsform svarede til hvordan sygeplejerskerne tidligere havde arbejdet: *"vi har jo arbejdet rehabiliterende i mange år, men det hedder jo hele tiden noget nyt, men det er jo noget vi har gjort i mange år"* (S3)

Det var ikke i alle tilfælde, hvor borgere var tilkendt hjemmesygepleje, at sygeplejerskerne syntes at rehabilitering passede ind i omsorg og sygepleje. Det hang

sammen med, at der i den rehabiliterende indsats særligt skulle være fokus på at overlade opgaven til borgeren. I situationer hvor f.eks. en opgave omkring blodsukkertest var overladt til borgeren, kunne det efterlade sygeplejersken med en usikkerhed, om borgeren, på trods af oplæring i at lave testen, faktisk var i stand til at agere korrekt på blodsuktermålingens resultat. Derfor blev der sørget for opfølgende telefonisk kontakt samt en åben mulighed for at foretage et besøg.

I mødet med den svækkede borger kunne dette fokus på at borgeren kunne klare opgaven selv betyde, at sygeplejersken i bestræbelserne på at rehabiliterer også oplevede, til tider, at udsætte borgeren overfor et unødigt pres mod at blive selvhjulpne:

Men jeg synes også, at nogle gange kan det blive sådan, at man næsten presser dem for meget, hvis det virkelig bare er, at de ikke kan, så kan det også være hårdt for dem at være i. Man føler, at man presser dem og de ikke er helt trygge i det. Det er sådan en ting i det der kan være svært. (S2)

Således kunne sygeplejersken opleve, at den rehabiliterende indsats indebar at skulle lægge et pres på borgeren, hvilket ikke harmonerede med at varetage borgernes behov, særligt når de var så svækkede at det var svært at se et rehabiliteringspotentiale. Derfor var deres vurdering, at det ikke længere var muligt at ”få borgeren tilbage til den tilstand de var i før” (S2). Sygeplejerskerne så heller ingen udsigt til, at oplæring ville kunne føre til funktionsevneforbedring og at borgerne ville kunne klare opgaverne selv. Rehabiliteringspotentialet blev især en overvejelse i situationer med borgere med psykisk sygdom og meget høj alder. Sygeplejerskerne oplevede, at det var særligt svært at opnå ændring med disse borgergrupper, uden at der undervejs tilstødte nye funktionsfald, som satte borgeren yderligere tilbage. Det kunne derfor opleves som fagligt uforsvarligt og brug af unødvendig tid, at rehabiliterer til noget, som aldrig ville kunne lykkes.

Rammen for rehabiliteringen sættes ved vurderings- og udredningsbesøg:

Borgerforløbet startede med udrednings- og opfølgingsbesøg. Her planlagde den visiterende sygeplejerske i samarbejde med en terapeut, borgeren og de pårørende, hvilke tiltag borgeren havde behov for. Resultatet af mødet blev beskrevet i borgerens dokumentation i form af ydelser og beskrivelser for udførelsen af indsatsen. Disse beskrevne behov blev derfor styrende for den daglige tilgang til borgeren. Styrken ved udrednings- og opfølgingsbesøgene var, at der både var en hjemmesygeplejerske og en terapeut til stede. Det betød at der var to forskellige fagprofessionelle til at afdække betydningsfulde aspekter af borgerens liv. Her viste sygeplejersken at hun var opmærksom på at spørge ind til det, der var vigtigt for borgeren og at sætte sig i borgerens situation:

Det er ved gennemgangen af borgerens problemer blevet klart, at det var smertefuldt for borgeren at være fysisk aktiv. Derfor vil sygeplejersken meget gerne have at borgeren får noget smertestillende hele dagen igennem, da det kan give større mulighed for mobilisering af borgeren, således at denne ikke længere behøver at være sengeliggende. (O3)

Sygeplejerskens særlige bidrag til den rehabiliterende indsats var viden og indsats i forhold til de fysiologiske konsekvenser af borgerens helbredssituation i relation til borgerens mål. I udredninger hvor sygeplejersken deltog alene, manglede en mere systematisk tilgang til borgerens funktionsevnedssættelse. Der var et langt større fokus på ydelserne, som var tildelt og deres nødvendighed, frem for at finde frem til det der var betydningsfuldt for borgeren og, af den vej, omsætte det til en relevant rehabiliterende indsats.

Sygeplejerskernes arbejde blev planlagt efter ydelser og kørelister:

Rehabilitering blev italesat af både ledere og sygeplejersker som en ydelse, der skulle udføres i overensstemmelse med beskrivelsen fra vurderings- og udredningsbesøget. Med målet om, at borgeren selv skulle overtage opgaven, evt. med en pårørendes hjælp, bestod de rehabiliterende ydelser af inddragelse af pårørende, oplæring, hjælpemidler, supervisering og aktivering. Aktivering kunne bestå i at sende borgeren i sundhedsklinikken for at få sin behandling. Når aktiveringen var rettet mod at lade borgeren delvist udføre opgaven selv, eller tage del i sygeplejeopgaven var indsatsen formuleret som oplæring. Denne opdeling af rehabilitering kunne resultere i at rehabiliteringsindsatsens meningsfulde formål ikke fremgik:

Så vi har simpelthen en ydelse der hedder oplæring. Og så skal man så skrive i den oplæring, hvad er det så man skal gøre derude. Så dem der starter op ligesom definerer det, hvad har vi gang i nu, hvad er planen. (S3)

Når sygeplejedydelsen eksempelvis hed 'at oplære borgeren i at dryppe øjne', kunne det være med til at begrænse sygeplejerskens brede rehabiliterende indsats. Dette blev forstærket af, at den enkelte ydelse skulle løses indenfor en forudbestemt tidsramme. Det betød at sygeplejersken havde særligt fokus på den konkrete opgave og derfor lagde denne arbejdsgang ikke op til et helhedsperspektiv.

Tidsfastsættelsen af den enkelte opgave betød, at sygeplejersken i deres køreliste ikke havde tid til andet end, at løse den bestilte opgave. Dermed stod økonomisering gennem ydre tidsstyring i kontrast til en bredere rehabiliterende indsats. Det blev især tydeligt, når den bestilte ydelse med tilhørende beskrivelser af niveauet for borgerens inddragelse manglede, da der ikke var tid til at undersøge i hvor høj grad borgeren kunne inddrages:

"Så altså..., så man ville jo tænke, at han godt ville kunne klare noget selv. Jeg tror, måske tidligere, at han har kunne tage støttestrømper på. Han havde sådan en, den der han pegede på, den hedder en doff'n donner". (S2)

Dertil kom, at når sygeplejersken blev i tvivl om den rette ydelse var blevet tildelt borgeren måtte hun bestille et nyt udredningsbesøg. Dermed blev udredningsbesøget også en kompenserende indsats for manglende dokumentation og tid, for at afklare borgerens niveau for deltagelse i det daglige besøg. Alternativt kunne den mere erfarne sygeplejerske godt finde på at afvige fra ydelserne og beslutte at en anden indsats var mere hensigtsmæssig.

Manglende eller fejlbehæftet dokumentation af den rehabiliterende indsats forhindrede udførelse:

Overleveringen af information imellem personalet skete primært skriftligt. Derfor var en af dokumentationens hovedformål at sikre sygeplejersken relevant viden om borgeren, således at hun kunne udøve sin gerning. Det gjaldt både viden angående plejen og om borgerens personlige faktorer. Derfor var dokumentationen et meget flittigt brugt redskab både inden og under et borgerbesøg, da det havde konsekvenser, når relevant information ikke var tilgængeligt for sygeplejersken:

Men jeg tør ikke sige, så er der nogen, der mangler at dokumentere, at der er en eller anden grund til at vi skal komme og hjælpe ham med at give de øredråber der. Og så skal jeg pludselig til at bruge ekstra meget tid på det også. Altså, så bliver det sådan noget, så det er tit noget rod når det er forskellige der bliver sendt ud. (S2)

Den utilstrækkelige dokumentation angående graden af borgerens deltagelse kunne derfor resultere i, at den sparsomme tid ikke blev udnyttet hensigtsmæssigt. Samtidig betød det også at borgerne blev mødt med forskellige tilgange, alt efter om personen havde kendskab til borgeren eller ej. En anden konsekvens var, at sygeplejerskerne kunne komme til at virke uforberedte og fremkalde irritation hos borgeren pga. gentagne spørgsmål og forskellige forventninger, med risiko for konflikt til følge.

Udover betydningen for opgaveløsningen var dokumentationen ligeledes vigtig i tilrettelæggelsen af dagens kørselsliste. Den muliggjorde at sygeplejersken kunne planlægge besøgsruten efter borgerens rutiner og præferencer og hjemmehjælpens arbejdsplan. Dermed fik sygeplejersken mulighed for at møde en borger, der var parat til behandling.

Den rehabiliterende indsats blev styrket af det personlige kendskab:

Betydningen af en mangelfuld dokumentation blev yderligere forstærket af, at sygeplejerskerne i langt de fleste tilfælde ikke havde en personlige relation og kendskab til borgeren. Det gjorde sygeplejerskerne særdeles afhængige af, at tingene var nøjagtigt beskrevet i dokumentationen. Derfor oplevede sygeplejerskerne et personligt kendskab til borgeren som en ressource, der både kunne lette deres opgave og tilgodese borgerens behov og mål.

Det var vigtigt for en helhedsorienteret rehabiliterende indsats, at kunne tage udgangspunkt i en forståelse af borgeren som et helt menneske, og det der var meningsfuldt for ham eller hende. Derfor hjalp det ikke sygeplejersken at der under borgerbesøget ikke var tid til at tale om andet end den sygeplejeydelse, der stod på deres køreliste. Det kunne derfor medføre frustration hos sygeplejersken når denne forståelse for borgeren manglende:

Det er også svært at spørge hende, hvorfor det var, at hun ikke kunne komme ud. For det kunne hun ikke rigtig svare på, åhh, [frustreret] det er sådan lidt svært så, at hun ikke kan gå i sundhedsklinikken. Fordi, hvorfor kan hun ikke det? (S2)

Sygeplejersken kunne således være frustreret over ikke at kunne snakke med borgeren, om hvad denne oplevede som begrænsende og over, ikke at have den fornødne viden om borgeren til at motivere til deltagelse. Det blev forværret af, at kontinuitet af den

besøgende sygeplejerske ikke var et prioriteret område fra ressourcekoordinators side, og derfor oplevede sygeplejerskerne ofte at komme hos en ny borger.

Når et personligt kendskab var blevet opbygget, oplevede sygeplejersken, at det blev lettere at sige fra over for borgerne når de antog at det var sygeplejerskernes job, at tage affaldet med i skraldespanden. Opgaverne blev løst på en mere indforstået måde, særligt kom dette til udtryk ved et besøg, hvor sygeplejersken oplevede en sprogbarriere:

”Man må jo ligesom tage det som det kommer, sådan er det jo meget i vores arbejde vi må ligesom føle det, når vi kommer ud til borgeren, hvad sker der egentlig lige ved borgeren” (S1).

Her betød det personlige kendskab, at kropssprog og intuition kunne fungere som kommunikation og dermed muliggøre en meningsfuld indsats. Hermed kunne en fælles forståelse for hvordan indsatsen skulle udføres, opbygges over tid. Ligeledes blev også indsigten i borgerens udfordringer og motivation også forbedret over tid. Derfor blev relationen og det personlige kendskab afgørende for at kunne yde en succesfuld indsats, særligt, hvis den skulle bidrage til rehabilitering.

Hverdagsrehabilitering kunne virke som meningsløs aktivering:

Aktivering tog udgangspunkt i borgerens hverdagsopgaver og fik dermed karakter af hverdagsrehabilitering. Formålet med aktiveringen var, at bidrage til den fysiske formåen gennem løsning af almindelige dagligdags opgaver. Dette indbefattede også de opgaver der relaterede sig til udførelsen af sygeplejerskens opgave. Det kunne eksempelvis være at gøre klar til sårskifte, lukke sygeplejersken ind og rydde op efterfølgende. Dette betød at aktiveringen gjorde sygeplejerskernes indsats helheds- og tværfagligt orienteret, da det også kunne bidrage til at borgerne opnåede mål der relaterede sig til terapeuternes fagområder.

Alligevel syntes ikke alle aktiveringsforslag meningsfulde for sygeplejersken og hendes arbejdsrutiner. Særligt havde sygeplejerskerne det svært ved at overlade oprydning til borgeren, fordi det faldt sygeplejerskerne unaturligt ikke at rydde op efter sig:

Og det er virkelig en dårlig vane for os. For hvad kan man sige, vi skal bare have det gjort, tjep, tjep, tjep. Vi er vant til bare at skulle have nogle besøg igennem, så kommer man også nemt til at kompensere for dem, fordi nu skal det hele lige ryddes væk og nu skal vi lige.., så vi kan komme videre. (S2)

Den indgroede vane kom også af, at oprydning var en naturlig afslutning af opgaven, der skulle fastholdes, når borgeren ikke kunne. Således kunne en, over tid opbygget, relation til borgeren give sygeplejersken bedre forudsætninger for at overlade opgaven til borgeren.

Aktivering kunne også begrænses af de organisatoriske strukturer og gøre det vanskeligt for den enkelte sygeplejerske at udføre de definerede rehabiliterende indsatser. Derfor gav det ikke altid mening for sygeplejersken at sende borgerne i sundhedsklinikken:

”Så kan man jo sige, med [borger 12], så skulle han ned i sundhedsklinikken. Især fordi de jo kører selv... .. Men vi har jo ikke akuttider i sundhedsklinikken, så det er jo ikke sådan” (S3).

Der kunne således være en diskrepans imellem organisatoriske strukturer, det der for sygeplejersken var en fornuftig arbejdsgang og borgerens aktivitet i den udførende rehabiliterende indsats. Et springende punkt var, om det gav mening for sygeplejersken eller kunne opfattes som en form for respektløs handling fra hendes side.

Diskussion:

Dette studie illustrerer, at fokus på rehabilitering i kommunen stiller krav til en tydelig dokumentation af hvad der er aftalt imellem de involverede fagpersoner, visiterende og udøvende, og borgeren og de pårørende. Dokumentationen blev derfor afgørende for opgavens karakter, og den tid den udøvende sygeplejerske får til at udføre sin indsats og således bliver den præcise formulering på kørelisten afgørende. Derfor blev kendskabet til borgeren betydningsfuldt, hvis den rehabiliterende indsats med involvering af borgeren i passende grad skulle realiseres. Denne opgavefokuserede organisering af sygeplejerskernes arbejdsgang taler ikke ind i den helhedsorienterede rehabiliterende forståelse.

Målet om at opnå en helhedsorienteret rehabiliterende forståelse der ”muliggør et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation” (6, p. 7-22) bringer organiseringen i fokus. Det essentielle er derfor, at opnå forståelse for den enkelte borger og tid til samarbejdsprocessen mellem borgeren og den fagprofessionelle. Samtidig må der kigges på fragmentering af sygeplejerskernes rehabiliterende indsats, så alle arbejder med et blik for helheden og dermed lever op til denne definition af rehabilitering.

Et eksempel på en sammenhængende organisering er Buurtzorgmodellen (18) udarbejdet som en løsning på tilsvarende udfordringer identificeret i den hollandske hjemmesygepleje. Modellen arbejder ud fra et holistisk borgercentreret perspektiv med fokus på autonomi og selvhjulpnehed (18). De ansatte organiseres i mindre tværfaglige teams omkring borgeren for at nedbringe antallet af kontakter, bringe kontinuitet i besøgende fagprofessionelle og inddrage lokale faciliteter så vidt muligt. Disse teams er autonome og udvikler lokale systemer og arbejdsgange under fælles ansvar (19). De står for visiteringen og udførelsen af indsatsen, hvilket bidrager til et forbedret kendskab og relation til borgeren. Et simplificeret IT-system, med fokus på registrering til fordel for borgeren, bidrager til afbureaukratisering. Modellen indebærer grundlæggende tillid til de ansattes faglige kompetencer, hvilket viser sig ved at monitorering gennem minutiøs registrering af tidsforbrug per opgave er afskaffet (19). Administrative hjælpere varetager coaching og understøtter teamet, hvilket også mindsker det administrative tidsforbrug til fordel for borgerkontakt. Ved evaluering af modellen scorer Buurtzorg højere på borgertilfredshed end den traditionelle service, borgerne blev hurtigere og mere selvhjulpne, de ansatte angav bedre trivsel og medarbejdertilfredshed, og fastholdtes længere i ansættelse (18, 20).

Forsøg på implementering af Buurtzorgs' model i andre lande (20), herunder Danmark (18) har vist, at tilpasning af modellen er nødvendig på grund af forskelle i landenes sundhedsøkonomiske systemer (21). Det betyder i de fleste sammenhænge, at Buurtzorgs principper bøjes for at kunne passe ind i de bestående organisationer. Det gælder organisatorisk opsætning, tilpasning af ledelsesstruktur, uddannelse i Buurtzorgs arbejdsmetoder, og afprøvning og indkørsel, hvilket har vist sig afgørende for forsøgenes succes (20). Ligeledes har rekruttering af rette fagpersoner med mod på selvstyrende ledelse været vigtig for at kunne fastholde de ansatte (20). På trods af disse udfordringer viser de sparsomme erfaringer fra implementeringerne, at borgerne overordnet set har en bedre oplevelse af indsatsen som helhedsorienteret og sammenhængende med personkontinuitet, end de har af det traditionelle tilbud fra hjemmesygeplejen (20). Der er derfor noget der tyder på at en omorganisering i retning mod mindre teams og mere selvstyring kan forbedre borgerens udbytte af en rehabiliterende indsats.

Princippet om mindre teams fra Buurtzorgs model, for at imødekomme den manglende kontinuitet og borgerrelation, finder man også i Aarhus kommunes nylig foretaget organisationsændring. Formålet med organisationsændringen var at simplificere organisationen (22). Sygeplejersker blev flyttet ud i hjemmeplejeteamet for at skabe bedre kontinuitet, relationer og samarbejde blandt de sundhedsprofessionelle og borgerne. Spørgsmålet er, om den større afstand imellem ledelse og udførende teams, end den der findes i den hollandske model, kan forhindre de positive resultater.

I de danske rapporter, omtalt tidligere, om sygeplejerskernes rehabiliterende indsats fremstilles denne som en modsætning til omsorg (7, 8, 23). Her italesættes omsorg som at gøre noget for nogen som de selv kan, frem for sygeplejerskens tilgang til en borger, der har brug for hjælp. Dette synes at bygge på en fejlfortolkning af omsorg. I følge Kari Martinsens er omsorg "baseret på en forståelse af hvad der er til den andens bedste" og "et relationelt begreb der beskriver det ene menneskes svar på det andets afhængighed" (24, p. 187). Således er omsorg ikke i modstrid med rehabilitering. Samtidig er omsorg også essentielt i sygepleje og en af de sygeplejeetiske grundværdier (25).

Bliver omsorg italesat som værende i modstrid, kommer sygeplejerskerne i et dilemma. Med en organisering af hjemmesygeplejen, der både er fragmenteret og opgaverelateret bestyrkes forståelsen af rehabilitering som en biomedicinsk tilgang til sygeplejen, som Kari Martinsens omsorgsteori netop er et opgør mod (24). Disse forudsætninger er ikke forenelige med hverken definitionen af rehabilitering eller omsorg, og giver derfor ikke sygeplejersken de nødvendige forhold at udøve en rehabiliterende indsats under. Derfor tyder noget på, at der inden for rehabiliterende sygepleje i kommunen kan være uafklarede begrebsopfattelser og arbejdsforhold, som ikke stemmer overens med sygeplejens grundværdier. Skal den rehabiliterende sygepleje leve op til definitionen, kan den ikke samtidig være begrænset af opgaven som ramme. Der er derfor behov for en afklaring af, hvad rehabilitering er i hjemmesygeplejen, og den betydning den har for den rolle det forventes at sygeplejersken skal spille, men også at bekræfte at omsorg er forenelig med rehabilitering.

Metodiske overvejelser:

På trods af studiets størrelse, med tre deltagere observeret i deres formiddagsarbejde, gav deltagerobservation og efterfølgende interview som metode indgående indsigt i sygeplejerskernes handlinger og deres forståelse. Den har givet adgang til information og indsigt til sygeplejerskernes rehabiliterende indsats hos borgeren. Observation i kombination med interview, har styrket validiteten af fundene ved at give sygeplejerskerne mulighed for at uddybe deres handlinger. Fundene er tillige undervejs i processen blevet diskuteret med fagprofessionelle, der arbejder i hjemmeplejen for at verificere fundene.

De deltagende sygeplejersker indgik i plejen på samme måde som resten af hjemmesygeplejerskerne, hvilket gav et indblik i, hvordan organiseringen og rammerne påvirkede sygeplejerskernes forståelse af rehabilitering. Der er mulighed for, at de deltagende sygeplejersker har en større forståelse af rehabiliteringsbegrebet på grund af udvælgelsen og antallet af deltagere, der afslog at deltage, hvilket kan bidrage til et mindre nuanceret billede af feltet. Observationerne blev foretaget af en udefrakommende, både fagligt og ansættelsesmæssigt, hvilket kan være en fordel, da sygeplejerskerne ikke er blevet evalueret på deres faglige kompetencer. Dette har samtidigt også krævet mere søgen for at opnå større indsigt.

Analysen af datamaterialet blev påbegyndt umiddelbart efter første observation og var fortløbende gennem dataindsamlingen. Styrken i denne analyse metode ligger i, at det var muligt at lave uddybende observationer af det, som analysen frembragte i de tidlige stadier (15).

Studiets overførbarhed understøttes af studiet af Casey (26) der beskriver hvordan sygeplejerskerne ikke har tid til at udføre sundhedsfremmende aktiviteter på grund af den generelle pleje, der skal udføres. Patienterne kunne tilsvarende også være for svage til at kunne deltage i sundhedsfremmende aktiviteter. Der manglede kontinuitet i tilgangen til patienten, og sygeplejerskerne påpegede at kendskab og relation til patienten ville være fremmende for at kunne udføre sundhedsfremmende aktiviteter. Ligeledes beskriver studiet af Dreyer et al. (27) vigtigheden af relationen og kendskabet til patienten for at skabe tillid og derigennem kunne motivere og yde en rehabiliterende indsats.

Selvom disse studier rapporterer deres fund fra en hospitalskontekst, oplever sygeplejerskerne tilsvarende udfordringer i udførelsen af en rehabiliterende indsats som i den primære sektor. Dette giver anledning til at formode, at dette studies fund kan overføres til alle kontekster, hvor sygeplejersker er involveret i den rehabiliterende indsats og vil vise sig i om sygeplejersken kan genkende studiets fund.

Konklusion:

Undersøgelsen viser, hvorledes de organisatoriske rammer blev styrende for sygeplejerskernes rehabiliterende indsats. Den rehabiliterende indsats blev baseret på opgaver, dokumenteret ved ydelser og beskrivelser, og udført som en fragmenteret indsats, der fik karakter af en biomedicinsk tilgang. I kombination med at ikke al aktivering af borgeren gav mening, affødt af organisatoriske begrænsninger, men også på grund af arbejdsrutiner og almindelig god pli, betød det, at den helhedsorienteret

rehabiliterende indsats udeblev. Derfor blev det personlige kendskab til borgerne afgørende for en helhedsorienteret indsats.

Hvis en helhedsorienteret rehabiliterende indsat skal opnås i hjemmesygeplejen, er det nødvendigt at forandre de organisatoriske rammer for at opnå bedre borgerkendskab, personalekontinuitet og minimere fragmenteringen. En omorganisering af sygeplejerskerne i mindre lokale teams, der kommer tættere på borgerne og med mulighed for mere selvstyre, virker til at kunne bidrage til disse forbedringer og dermed en helhedsorienteret rehabiliterende indsats. Ligeledes, kan en afklaring af begrebet rehabilitering i relation til omsorg, være medvirkende til at klarlægge den rolle det forventes at sygeplejersken skal spille i den rehabiliterende indsats.

Implikationer for sygeplejepraksis:

- En opgaveorienteret rehabiliterende indsats bremser den helhedsorienterede rehabilitering og udfordrer omsorgen i rehabilitering.
- Forbedret forståelse af de forhold som hjemmesygeplejersken arbejder under, giver grundlag for at skabe rammerne der understøtter omsorg og rehabilitering.
- Dokumentation af sygeplejerskens oplevelse af muligheden for at yde en rehabiliterende indsats, kan danne baggrund for yderligere forskning og evaluering af nye tiltag.

Referencer:

1. Aarhus Kommune. Forløbsmodellen trin for trin. In: Aarhus Kommune, editor. Aarhus Kommune, Magistrat for sundhed og omsorg. 1. ed: Vahle+nikolaisen; 2018.
<http://www.e-pages.dk/aarhuskommune/860/html5/30/>
2. Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr 210 (2022).
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210>
3. Bekendtgørelse af lov om social service, LBK nr 1287 (2020).
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1287>
4. Bekendtgørelse om hjemmesygepleje, BEK nr 1601 (2007).
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2007/1601>
5. Retningslinier for tilrettelæggelse af hjemmesygeplejerskeordninger, 15955 (1987).
<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/1987/15955>
6. Maribo T, ibsen C, Thuesen J, Nielsen CV, Johansen JS, Vind AB. Hvidbog om rehabilitering. Rehabiliteringsforum Danmark, Aarhus; 2022.
https://www.rehabiliteringsforum.dk/siteassets/publikationerlitteratur/hvidbog-2-udgave_180522-til-web.pdf
7. Kürstein P, Graff L. Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældreplejen – Hvad kan vi lære af danske studier? København: KORA Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning; 2017.
<https://www.vive.dk/media/pure/8389/2033521>
8. Vinge S. Komplexitet i den kommunale sygepleje, en analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksiteten i sygeplejen. VIVE-viden til velfærd; 2018. Report No.: 11431.
<https://www.vive.dk/media/pure/10847/2305498>

9. Petersen A, Kjellbejg PK. Det gode hverdagsliv i Egedal kommune, en midtvejsevaluering. København, Danmark: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2016. Report No.: 11027. <https://www.egedalkommune.dk/api/acadre/files?EnclosureSysid=18581&Produce dAgendaSysid=9160&RecordId=1604>
10. Kjellberg PK, Kjellberg J, Navne LE, Ibsen R. Trænede Hjemmehjælp i Fredricia Kommune. København, Danmark: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2013. Report No.: 10131. <https://www.vive.dk/media/pure/8538/2035018>
11. Navne LE, Kjellbejg PK. Aktiv i din hverdag i Hillerød Kommune, en organisatorisk evaluering. København, Danmark: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Reigoners Analyse og Forskning; 2013. Report No.: 10076. <https://pure.vive.dk/ws/files/2034984/aktiv-i-din-hverdag-i-hilleroed-kommune.pdf>
12. Madsen MH, Christensen IE, Kjellbejg PK, Kjelberg J, Ibsen R. Gør borgeren til mester i Esbjerg Kommune. Organisations- og økonomianalyse. København, Danmark: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2014. Report No.: 10083. https://pure.vive.dk/ws/files/2034879/10083_goer-borgeren-til-mester-i-esbjerg-kommune.pdf
13. Albertsen K, Wiegman I-M, Limborg H-J. Hverdagsrehabilitering og relationel koordinering. Team arbejdsliv; 2014. <https://amff.dk/media/11592/relationel-koordinering.pdf>
14. Rostgaard T, Graff L. Med hænderne i lommen – Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering. København, Danmark: KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2016. Report No.: 11117. <https://www.vive.dk/media/pure/8841/2039537>
15. Spradley JP. Participant observation. Reissued [i.e. New edition]. ed. Long Grove, IL: Waveland Press; 2019.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*. 2007;19(6):349-57. <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
17. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2013;310(20):2191-4. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2008.pdf>
18. Nandram S. The Buurtzorg Case and Illustrations of Zorgaccent and Amstelring. *Amity Global Business Review*. 2015;10:56-63.
19. Nandram S, Koster N. Organizational innovation and integrated care: lessons from Buurtzorg. *Journal of Integrated Care*. 2014;22(4):174-84.
20. Buch MS. Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmepleje. København, Danmark: VIVE – Viden til Velfærd. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020. <https://www.vive.dk/media/pure/15036/4203712>
21. Buch MS, Topholm EH-E. Altinget 2020. [cited 18.11.2022]. Available from: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/hvis-vi-goer-det-richtigt-kan-den-hollandske->

[buurtzorg-model-blive-et-afsaet-for-varig-forbedring-af-aeldreplejen-i-danmark-15510/](#).

22. Vinge S. Organisering og samarbejde i det kommunale sundhedsvæsen. Muligheder for effektiviseringer i hjemmepleje og sundhedsenheder i Aarhus Kommune. København, Danmark: VIVE – Viden til Velfærd. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020. Report No.: 301498.
<https://www.vive.dk/media/pure/15021/4175246>
23. Petersen A, Graff L, Rostgaard T, Kjelberg J, Kjellberg P. Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen? København, Danmark: Sundhedsstyrelsen; 2017 15.05.2017.
<https://www.vive.dk/media/pure/8718/2037842>
24. Kirkevold M. Sygeplejeteorier: analyse og evaluering. 2. udgave. ed. København, Danmark: Munksgaard; 2000.
25. Sygeplejeetisk Råd. De Sygeplejeetiske Retningslinjer. København, Denmark: Sygeplejeetisk Råd; 2014.
https://dsr.dk/sites/default/files/479/sygeplejeetiske_retningslinjer_2014.pdf
26. Casey D. Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(6):1039-49.
27. Dreyer P, Angel S, Langhorn L, Pedersen BB, Aadal L. Nursing Roles and Functions in the Acute and Subacute Rehabilitation of Patients With Stroke: Going All In for the Patient. *The Journal of neuroscience nursing*. 2016;48(2):108-15.