

BACHELOROPPGAVE:

**SYKEPLEIER OG DET
TVERRFAGLIGE
SAMARBEIDET**

FORFATTER(E):
HELENE HAUGLAND - 771775
INGVILD STENSURD - 470715
LOTTE GUTTELVIK - 470613

Dato: 18.05.2018

SAMMENDRAG

Tittel:	Sykepleier og det tverrfaglige samarbeidet	Dato:	18.05.2018
Deltaker(e)/	Helene Haugland		
	Ingvild Stensrud		
	Lotte Guttelvik		
Veileder(e):	Bente Hammes		
Evt. oppdragsgiver:			
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Sykepleier, rolle, hjerneslag, rehabilitering, tverrfaglig.		
Antall sider/ord: 42/9402	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: Ja	
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:			
Bakgrunn: Hver dag rammes 30 personer av hjerneslag i Norge. I etterkant av hjerneslaget vil en kunne oppleve kognitive og fysiske utfall og flere vil ha behov for rehabilitering i etterkant av sykehusoppholdet. For at denne pasientgruppen skal gjenvinne så mye som mulig av sine funksjoner setter et tverrfaglig team opp plan for rehabilitering for pasientene. I det tverrfaglige teamet kan sykepleiers rolle og funksjon oppleves som uklart.			
Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse sykepleiers rolle og funksjon i det tverrfaglige samarbeidet i den spesialiserte rehabiliteringen av hjerneslagpasienter.			
Metode: Litteraturstudie er valgt som metode for å besvare forskningsspørsmålet. Det er gjennomført systematisk litteratursøk i tilgjengelige databaser. Det ble brukt søkeord som blant annet rolle, sykepleier, rehabilitering og interdisciplinært. De inkluderte artiklene ble satt opp mot teorien.			
Diskusjon: Det blir sett på sykepleiers syn på egen rolle og på balansen mellom kliniske oppgaver og rehabiliteringsoppgaver. Diskusjonen går også inn på struktureringen av det tverrfaglige teamet og de organisatoriske faktorene som påvirker sykepleieutøvelsen.			

ABSTRACT

Title:	Nurse and the interdisciplinary collaboration	Date: 18.05.2018
Participants/	Helene Haugland	
	Ingvild Stensrud	
	Lotte Guttelvik	
Supervisor(s)	Bente Hamnes	
Employer:		
Keywords (3-5)	Nurse, role, stroke, rehabilitation, interdisciplinary	
Number of pages/words: 42/9402	Number of appendix: 1	Availability: Open
Short description of the bachelor thesis:		
Background: Each day 30 persons in Norway are afflicted by stroke. In the aftermath of the stroke the afflicted can experience cognitive and pysical outcomes and several will have the need for rehabilitation. In order for this group of patients to regain as much of their previous functions as possible, the interdisciplinary team works out a plan for rehabilitation. In the interdisciplinary team the nurses' role and function can be seen as indistinct		
Purpose/Aim: The aim of this literature review is to illuminate the nurses' role and function in the interdisciplinary team working with dedicated stroke rehabilitation.		
Method: Literature review is chosen as method to answer the purpose of this study. It was searched systematically for research in several available databases. Keywords such as role, nurse, rehabilitation and interdisciplinary were used. The included articles were compared to the chosen theory.		
Discussion: It was looked into how nurses viewed their own role and how they balanced clinical tasks and rehabilitation. The discussion also looks into how the interdisciplinary team was structured and how contextual factors affects nursing practice.		

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Sykepleiefaglig relevans	2
1.2	Begrunnelse for valg av tema	3
2	Bakgrunn	4
2.1	Sentrale begreper	4
2.1.1	Spesialisthelsetjenesten	4
2.1.2	Spesialisert rehabilitering	4
2.1.3	Tverrfaglig team	5
2.2	Hjerneslag	5
2.3	Tverrfaglig samarbeid	6
2.4	Mål for rehabilitering	7
2.5	Sykepleierens rolle og funksjon i rehabilitering	7
2.6	Pasienters syn på sykepleiers rolle og funksjon	8
2.7	Virginia Henderson	9
2.8	Håp	10
2.9	Doris Carnevali	10
3	Oppgavens hensikt	12
3.1	Problemstilling	12
3.2	Avgrensninger	12
4	Metode	13
4.1	Begrunnelse for valg av metode	13
4.2	Søkestrategi	14
4.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
4.4	Søkehistorikk	15
4.5	Presentasjon av funn	17
4.6	Kildekritikk	17
4.7	Forskningsetiske overveielser	18
5	Analyse av funn	19
5.1	Sykepleiers syn på egen rolle	19
5.2	Balanse mellom kliniske oppgaver og rehabiliteringsoppgaver	19
5.3	Strukturering av det tverrfaglige teamet	20
5.4	Organisatoriske faktorer	20
6	Drøfting	21
6.1	Sykepleiers syn på egen rolle	21
6.2	Balanse mellom kliniske oppgaver og rehabiliteringsoppgaver	23
6.3	Strukturering av det tverrfaglige teamet	26
6.4	Organisatoriske faktorer	27
6.5	Konsekvenser for praksis	28
6.6	Metodekritikk	29
7	Konklusjon	30
8	Litteraturliste	32
9	Vedlegg 1	37

1 Introduksjon

I Norge rammes 12 000 personer av hjerneslag hvert år (Mathiesen, 2016). Dette vil tilsvare om lag 30 nye tilfeller daglig. Hjerneslag er den vanligste årsaken til funksjonsnedsettelse som ikke er medfødt og den tredje vanligste dødsårsaken (ibid.). Etter et hjerneslag vil en tredjedel dø og en tredjedel vil i etterkant ha en varig funksjonsnedsettelse som påvirker deres funksjon i dagliglivet og som kan gjøre dem hjelpetrengende (Helsedirektoratet, 2017a). Den siste tredjedelen vil oppleve funksjonsnedsettelse, men vil til slutt gjenvinne full eller tilnærmet full funksjon. Derfor vil mange av de som overlever et hjerneslag ha behov for rehabilitering, samt hjelp og støtte av andre mennesker og samfunnet (ibid.).

Funksjonsnedsettelsene vil i varierende grad påvirke den rammede sin evne til å utføre sine daglige aktiviteter og fungere i samfunnet (Helsedirektoratet, 2017a). Behandling og rehabilitering i etterkant av et hjerneslag kan redusere funksjonsnedsettelse. Det har slik betydning for individets muligheter for overlevelse og for å oppnå et godt funksjonsnivå i tiden etter hjerneslaget (ibid.). De nasjonalfaglige retningslinjene for hjerneslag sier hvordan det bør jobbes i forhold til behandling og rehabilitering av hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017a). Det settes i retningslinjene rammer for både rehabilitering i spesialisthelsetjeneste og i kommunehelsetjenesten (ibid.).

Behandlingskjeden ved hjerneslag begynner i den akutte fasen som innebærer prehospitalet fase og videre innleggelse på slagenhet, hvor hjerneslaget diagnostiseres og det gis behandling om dette ikke er gitt prehospitalet (Helsedirektoratet, 2017a). Etter dette kommer sekundærførebygging og rehabiliteringsfasen (ibid.). Det er rehabiliteringsfasen i spesialisthelsetjenesten som er fokuset i denne litteraturstudien.

Med denne litteraturstudien ønsker forfatterne å gi et innblikk i sykepleieren som en del av det tverrfaglige teamet innen slagrehabilitering. Denne litteraturstudien inkluderer blant annet Kirkevold sine fire terapeutiske funksjoner og Doris Carnevali sin teori om tverrfaglig samarbeid. Disse teoriene er satt opp mot oppdatert forskning og annen relevant litteratur.

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Fokuset vil her være på sykepleierens rolle og funksjon i det tverrfaglige teamet innen slagrehabilitering. Slagpasienter krever flest pleiedøgn i den somatiske helsetjenesten (NHI, 2015). Derfor er dette en pasientgruppe som de fleste sykepleiere vil møte og burde ha kunnskap om. Helsedirektoratet sine retningslinjer (2017a) sier at tidlig rehabilitering øker sjansen for å gjenvinne tapte funksjoner.

Slagrammede med alvorlig funksjonsutfall eller funksjonssvikt vil ofte ha behov for spesialisert rehabilitering og bør få tilbud om plass ved rehabiliteringsenhet i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017b). De fleste pasientene med dette behovet, vil på grunn av funksjonsnedsettelse initialt ha behov for døgkontinuerlig omsorg (Helsedirektoratet, 2017a).

Retningslinjene sier videre at tverrfaglige team er en viktig faktor for å sikre god rehabilitering i etterkant av hjerneslaget (Helsedirektoratet, 2017b). Sykepleier er en del av det tverrfaglige teamet. Slik blir det tverrfaglige samarbeidet rundt denne pasientgruppen relevant for vår fremtidige sykepleieutøvelse.

Sykepleieryrket omfatter ulike funksjoner eller områder (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2016). Disse områdene er:

1. Helsefremming
2. Forebygging
3. Behandling
4. Lindring
5. Rehabilitering
6. Undervisning og veiledning
7. Organisering, administrasjon og ledelse
8. Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning

Områdene nevnt i listen ovenfor utgjør sykepleierens funksjons - og ansvarsområde, og i praksis er disse funksjonene sett som en integrert helhet (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2016). Ut ifra hvem som er sykepleierens målgruppe vil de ulike funksjonsområdene dominere på ulike steder. Under punkt fem, som omhandler rehabilitering, kan konkrete

sykepleieroppgaver være veiledning, undervisning, fysisk trening og tiltak som øker forståelsen og kunnskap om sykdommen samt motivere pasienten (ibid.).

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Erfaringer fra praksis har vekket vår nysgjerrighet rundt sykepleierens rolle i det tverrfaglige samarbeidet. Vårt inntrykk er at sykepleieren ikke har en tydelig definert rolle i det tverrfaglige teamet. Valg av pasientgruppe krevde at det var en kompleks diagnose som trenger oppfølging fra flere faggrupper. Hjerneslag er en slik diagnose og har som nevnt høy insidens. På bakgrunn av de erfaringene vi har gjort oss, ønsker vi å se hva forskning har å si om sykepleierens rolle i det tverrfaglige teamet i slagrehabilitering.

2 Bakgrunn

Her presenteres relevante sykepleieteorier, sykepleierens rolle og funksjon i et tverrfaglig team og pasientens syn på dette. Sentrale begreper blir definert for å gi en oversikt over oppgavens fokus.

2.1 Sentrale begreper

2.1.1 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten i Norge er delt inn i fire regionale helseforetak som skal sørge for at befolkningen innenfor de ulike regionene har tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Innenfor spesialisthelsetjenesten finner en sykehus med både somatiske og psykiatriske avdelinger, poliklinikker, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, behandlingssentre, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk, privatpraktiserende spesialister, laboratorie- og røntgenvirksomhet og prehospitale tjenester (ibid.).

Det har vist seg at pasienter har god effekt av spesialisert tverrfaglig rehabilitering i sykehus dersom de samles i en egen enhet i rehabiliteringsavdelingen (Helsedirektoratet, 2017a). Da vil organiseringen tilsvare det som man internasjonalt betegner som en rehabiliteringsenhet. På disse enhetene er det viktig at personalet har høy faglig kompetanse om hjerneslag og slagrehabilitering for å oppnå beste ønskelig resultat (Ibid.).

2.1.2 Spesialisert rehabilitering

Rehabilitering er en personsentrert og målrettet prosess som starter første dag etter slaget (Helsedirektoratet, 2017a). Målet med rehabilitering er å hindre funksjonstap og forbedre funksjonene. Pasienten skal oppnå høyere grad av uavhengighet, fysisk, psykisk og sosialt, og arbeide mot å komme tilbake til arbeidslivet. Derfor handler rehabilitering om annet enn gjenvinning av fysisk funksjon. Det handler også om å bli vant til en ny livssituasjon og tilpasse den samfunnet (Ibid.).

De fire helseforetakene som danner spesialisthelsetjenesten er, gjennom forskrift om habilitering og rehabilitering pliktet til å sørge for nødvendige undersøkelser, utredning og opplæring som ulike tjenester innenfor habilitering og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2017b). Tjenestene skal bestå av en bred tverrfaglig funksjonskartlegging og habiliteringen og rehabiliteringen skal være målrettet (ibid.).

I de ulike helseforetakene finnes det rehabiliteringsavdelinger og institusjoner som har rehabilitering som hovedmål for innleggelsen. I tillegg har ofte disse institusjonene dag- og polikliniske rehabiliteringstilbud (Helsedirektoratet, 2017b)

Ifølge Helsedirektoratet (2017b) bør helseforetakene ha rehabiliteringsenheter hvor det finnes tilstrekkelig kapasitet innen døgnrehabilitering. Pasienter med en kompleks diagnose som hjerneslag, hvor utfallet kan være av kognitiv art, bør ivaretas i en spesialisert rehabiliteringsenhet (ibid.).

2.1.3 Tverrfaglig team

Planleggingen av pasientbehandlingen i fellesskap innebærer å dele kunnskap (Grov og Holter, 2015). Ulike faggrupper har ulik kompetanse innenfor enkelte områder, og for at helse- og omsorgstjenesten skal være så sikker som mulig for pasienten går ulike faggrupper sammen i tverrfaglige team (ibid.). Et tverrfaglig team kan bestå av faggrupper som leger, fysioterapeuter, sykepleiere, ergoterapeuter, psykologer og logopeder (Helsedirektoratet, 2017a).

2.2 Hjerneslag

Hjerneslag, apoplexia cerebri, er brått innsettende tap av funksjon på grunn av en skade i hjernevevet som følge av forstyrrelser i blodsirkulasjonen i hjernen (Ørn og Bach-Gansmo, 2016). Denne forstyrrelsen kan oppstå på grunn av en tilstopping i en arterie som fører blod til hjernen eller på grunn av en blødning fra en arterie (ibid.). Hjerneslag er en samlebetegnelse på hjerneinfarkt og hjerneblødning. Om lag 85% av alle tilfeller av hjerneslag er infarkter, mens hjerneblødning utgjør rundt 15% av tilfellene av hjerneslag (Gjerstad, 2016).

Hjerneceller dør raskt når oksygen- og glukosetilførselen opphører, og slik vil funksjoner som styres av det påvirkede området bli nedsatt eller gå tapt (Ørn og Bach-Gansmo, 2016).

Hjerneslag medfører akutte symptomer, som lammelser eller andre uttrykk for endret funksjon. Symptomene som oppstår kan si noe om hvilket område i hjernen som er rammet av hjerneslaget (ibid.). I etterkant av et hjerneslag kan man oppleve nedsatt motorisk og kognitiv funksjon (Kirkevold, 2015). Vanlige motoriske symptomer er blant annet pareser og afasi, og kognitive funksjonsnedsettelse kan være neglekt, apraksi og anosognosi. Emosjonelle utfall, slik som depresjon og fatigue, er også vanlig (ibid.).

2.3 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er når flere faggrupper samarbeider for å kunne ivareta pasienten (Sandlie, 2009). Tverrfaglig samarbeid og samhandling er identifisert som viktig for å oppnå gode resultater (Helsedirektorat, 2017a). Fremgang og liggetid er påvirket av hvordan det tverrfaglige teamet samarbeider (ibid.).

Teamet bør ha ukentlige tverrfaglige samarbeidsmøter med fast struktur i tillegg til daglige mer uformelle møter. Det tverrfaglige teamet skal samarbeide om mål for behandling og rehabilitering, samt om planlegging av videre oppfølging og utskrivning sammen med pasient og eventuelle pårørende (Helsedirektoratet, 2017a, s. 105).

Det ble i 2016 utarbeidet et fagutviklingsprosjekt for Haraldsplass diakonale sykehus som omhandler sykepleiers rolle i det tverrfaglige teamet. Prosjektet ble gjennomført på avdeling for geriatri og slag. Målet med prosjektet var å tydeliggjøre sykepleierens funksjon og rolle, og at sykepleieren skulle ha kompetansen til å fylle rollen sin (NSF, 2016). I fagutviklingsprosjektet ble det konkludert med at det er utfordrende å utøve sykepleie av god kvalitet hvis ikke rammene er tydelige nok og roller er godt nok avklart (ibid.). Videre i prosjektet sier de noe om viktigheten av sykepleierens rolle som leder av det tverrfaglige møtet, at sykepleieren alltid har oppdaterte data av pasientene på enheten og kan gå gjennom hver enkelt pasient. For å få en god struktur opplevde de gjennom prosjektet at det var viktig å ha forståelse og kunnskap om andres kompetanse og fagområde, samt å gi rom til alle i teamet (NSF, 2016).

I Struwe *et al.*, (2013) kom det frem at en sterk kultur for samarbeid var viktig for et godt tverrfaglig samarbeid. Det var viktig med god utdanning blant personalet for å opprettholde god kompetanse (Ibid.). Avdelingssykepleierne understreket spesielt at god pleie var avhengig av kompetanse hos personalet (Struwe *et al.*, 2013). Siden sykepleierne hadde ulike erfaringer og kunnskap, var det viktig å matche pasientene med sykepleierne som hadde den riktige kompetansen. Avdelingssykepleierne så viktigheten av at personalet var delt inn i team for å sikre kontinuitet og at en primærsykepleier var essensielt for å sikre denne kontinuiteten. Det ble videre sagt at en god grunnbemanning var viktig for å sikre både kontinuitet og god sykepleie (ibid.).

2.4 Mål for rehabilitering

Mål er anerkjent som viktig en egenskap for en suksessfull rehabilitering (Hartigan, 2012). Mål kan ikke gi noen garanti for at pasienten gjenvinner funksjonene fullstendig, men kan utfordre dem til å gjenvinne sin autonomi. Prosessen med å sette mål innen rehabilitering har som formål å gjenvinne pasientens autonomi. Selv om fordelene med målsetting er kjent, uteblir denne prosessen på mange av rehabiliteringsinstitusjoner (ibid.). En viktig del av rehabiliteringen er definering av rehabiliteringsmål og dette bør planlegges så tidlig som mulig (Helsedirektoratet, 2010). Målene følges opp av det tverrfaglige teamet i et tett samarbeid med pasienten og dens pårørende. Målene som blir definert i rehabiliteringsplanen baseres på en omfattende vurdering gjennomført det tverrfaglige teamet (ibid.). Det krever kunnskap om prognose ved ulike utfall og funksjonssvikt samt kjennskap til effektiv trening og andre rehabiliteringstiltak for å kunne utarbeide realistiske rehabiliteringsmål (Helsedirektoratet, 2010). I tilfeller hvor pasienten har utfall slik som kognitiv svikt, depresjon og fatigue etter hjerneslaget, har disse pasientene en dårligere prognose når det kommer til mobilitet og uavhengighet enn hvis pasienten kun har motorisk utfall (ibid.).

2.5 Sykepleierens rolle og funksjon i rehabilitering

Rolle blir definert slik: “en rolle er et uttrykk for de funksjonene en person har i sosiale sammenhenger. En rolle er en forventning som omgivelsene har til personene og til hvordan personene skal oppføre seg” (Håkonsen, 2014, s.189).

Kirkevold presenterer fire terapeutiske funksjoner for sykepleieren i rehabiliteringen av slagpasienter. Disse er som følgende: 1) den fortolkende funksjon, 2) den støttende funksjon, 3) den bevarende funksjon, og 4) den integrerende funksjon (Kirkevold, 2010).

Den fortolkende funksjon omhandler de tiltakene som sykepleier kan implementere for å hjelpe pasienten og dens pårørende med å forstå slaget og dets konsekvenser, og skape en meningsfull forståelse av situasjonen (Kirkevold, 2010). Sykepleierens støttende funksjon er nært tilknyttet den fortolkende funksjon. Den handler om hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten med emosjonell lidelse som en kan oppleve i etterkant av slaget. Dette innebærer å

gi støtte, være tilstede og anerkjenne pasientens lidelse. For at sykepleier skal ha en støttende funksjon, er det nødvendig å ha en nær og tillitsfull relasjon til pasienten (ibid).

Den bevarende funksjonen går ut på at sykepleier bidrar til å ivareta pasientens grunnleggende behov (Kirkevold, 2010). Ved å ivareta kroppslig og kognitiv integritet, mener Kirkevold at sykepleier har en terapeutisk rolle og kan tilrettelegge slik at pasienten er kognitivt og fysisk kapabel til å utføre treningen med for eksempel fysioterapeut (ibid.)

Sykepleierens siste funksjon er den integrerende, som går ut på at sykepleier kan hjelpe pasienten med å tilpasse seg sitt nye liv (Kirkevold, 2010). Herunder menes de tiltakene som sykepleiere initierer for å hjelpe pasientene med å integrere nyopplærte ADL-ferdigheter og -teknikker i deres daglige aktiviteter (Kirkevold, 2010). Dette går ut på at en ikke bare skal anvende teknikker fra fysio- eller ergoterapi i sykepleien en utøver til pasienten, men også hjelpe pasienten med å overføre ADL-teknikkene som læres i treningsrom til det daglige (ibid.). Med mindre pasientene kan se relevansen av nyopplærte teknikker for å utføre aktiviteter av betydning, kan de spesifikke rehabiliteringsmål som er identifisert av fagpersonene miste deres mening og motivasjonsevne (Kirkevold, 2010).

2.6 Pasienters syn på sykepleiers rolle og funksjon

Forskning viser at både pasienter og sykepleiere er usikre på hva sykepleierens funksjon i rehabilitering er (Loft *et al.*, 2017a). Pasientene ser ikke på sykepleierrollen som en terapeutisk rolle innen rehabilitering (ibid.). Pasientene så på sykepleierens funksjon som en som hjelper med dusj og påkledning, mat og drikke, og dekker pasientens behov i det daglige (Engman og Lundgren, 2009). Sykepleieren ble slik ansett som en ressurs, men ikke som en aktiv deltager i rehabiliteringen (ibid.). Et annet punkt er at sykepleieren, i pasientens øyne, ikke alltid er like involvert i pasientenes mål for rehabilitering (Loft *et al.*, 2017a). Dermed er ikke sykepleiere like flink til å motivere pasientene til sammenligning med andre yrkesgrupper som er mer involvert i målsettingen (ibid.).

I etterkant av et hjerneslag kan pasientene ha flere eksistensielle tanker og dette kan være en krevende tid for både pasient og pårørende (Kirkevold, 2015). Dette fører til et økt behov for menneskelig kontakt og det er derfor viktig at sykepleiergruppen, og andre yrkesgrupper, er

tilgjengelig for samtale og støtte (Loft *et al.*, 2017a). Det ble sett på som viktig for pasientene at de hadde en kontaktsykepleier (Engman og Lundgren, 2009). Dette fordi en sykepleier da hadde god kjennskap til pasientens sykdomshistorie, og det blir ikke nødvendig for pasienten å gjenta seg selv (*ibid.*). Sykepleierens tilnærming og relasjon til pasienten viste seg å ha en innvirkning på både pasientenes erfaring med rehabilitering og deres motivasjon (Loft *et al.*, 2017a).

2.7 Virginia Henderson

Virginia Henderson forsøker i *Basic Principles of Nursing Care* å beskrive sykepleiers særegne funksjon:

The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that the person would perform unaided given the necessary strength, will or knowledge. And to do this in such a way as to help the individual gain independence as rapidly as possible (Henderson, 1997, s. 22).

Sykepleierens primære ansvar blir slik å hjelpe pasientene med de behovene og aktivitetene som de vanligvis utfører uten hjelp. Dette kan være å dekke behov som å puste, spise, eliminasjon, hvile, sove og bevege seg, rense kroppen og holde den varm og riktig kledd (Henderson, 1997). Sykepleieren bidrar også til å sørge for de aktivitetene som gjør livet til mer enn en vegetativ prosess, som sosialt samvær, læring og aktiviteter som er rekreasjonsmessige og produktive (*ibid.*). Videre skriver Henderson (1997) at det til tider kan være en glidende overgang mellom rollene og funksjonene til de ulike yrkesgruppene. Slik kan sykepleier komme til å utføre oppgaver som ikke tradisjonelt blir sett på som sykepleieoppgaver (*ibid.*).

2.8 Håp

Travelbee definerer håp slik

Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige (Travelbee, 1999 s. 117).

Travelbee sier at for å ha et håp, er man avhengig av andre. Håpet er også fremtidsrettet. Pasienten har et håp om at livssituasjonene skal endres og må ta utgangspunkt i sitt "her og nå" og bruke det til å bygge opp en struktur for fremtiden og for å oppnå det en håper på (Travelbee, 1999).

2.9 Doris Carnevali

I *Sykepleieplanlegging* (1992) skriver sykepleieteoretikeren Doris Carnevali om sykepleie og tverrfaglig samarbeid. Her trekker hun frem at profesjonsgruppene bør ha klart for seg hva deres spesifikke bidrag til samhandlingen er og en bør ha forståelse for det som er en økonomisk bruk av profesjonsgruppens tjenester (Carnevali, 1992). Hver profesjonsgruppe må komme med sine profesjonsspesifikke og faglige vurderinger i det tverrfaglige samarbeidet; disse vurderingene vil til sammen danne et grunnlag for en fullstendig, tverrfaglig plan (ibid.).

Carnevali (1992) sier videre at et samarbeid som utnytter de ulike profesjonenes perspektiv og ekspertise, vil kunne gi omsorg med god kvalitet. Tverrfaglig samarbeid kan ta ulike former (ibid.). Et konstant aspekt ved det tverrfaglige samarbeidet, er mulighetene til å ta i bruk teamets mange ressurser og ferdigheter. En modell som tar for seg det tverrfaglige samarbeid er kronbladmodellen, som er basert på tre antagelser som har betydning for profesjonene i et tverrfaglig samarbeid (Carnevali, 1992, s. 13). Disse antagelsene er 1) klart perspektiv og ekspertise, som handler om at profesjonsgruppene bidrar med ulik perspektiv, kunnskap og ferdigheter, 2) områder for fellesfunksjoner, som er grunnleggende avgjørelser og aktiviteter som kan utføres av en eller flere profesjonsgrupper, og 3) avansert fagspesifikk ekspertise og ansvar, som omhandler profesjonenes ulike definerte ansvarsområder og som ikke er tilgjengelig via andre profesjoner (ibid.). Kronbladmodellen blir slik en modell for tverrfaglighet hvor samarbeid står i sentrum. Her mener Carnevali at sykepleieren har to valg;

definere særpreget ved sykepleiefaget eller gå med på å ha en assisterende rolle i det tverrfaglige arbeidet (Carnevali, 1992).

3 Oppgavens hensikt

I denne oppgaven er fokuset på sykepleiers rolle og funksjon i rehabiliteringen av pasienter med hjerneslag. Det er da ønskelig å finne ut mer om sykepleiers arbeidsoppgaver, rolle i det tverrfaglige teamet og hvilke utfordringer en sykepleier kan møte på i samarbeidet på tvers av yrkesgruppene.

3.1 Problemstilling

Hva er sykepleierens rolle og funksjon i det tverrfaglige samarbeidet i den spesialiserte rehabiliteringen av slagpasienter?

3.2 Avgrensninger

Det er ikke valgt å avgrense pasientgruppens kjønn og alder i denne litteraturstudien. Oppgaven er avgrenset til å omhandle rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, og ikke primærhelsetjeneste. Den tar for seg rehabiliteringsfasen i etterkant av hjerneslaget. Sykepleiers rolle og funksjon innen rehabilitering er vektlagt, da sett både fra perspektivet til sykepleier, pasient og andre medlemmer av det tverrfaglige teamet.

4 Metode

Metode er en fremgangsmåte for hvordan en skaffer kunnskap og informasjon om et valgt forskningsspørsmål (Dalland, 2017). I dette kapittelet skal kvantitativ og kvalitativ metode og litteraturstudie som metode defineres. Søkestrategi, søkehistorikk og de valgte vitenskapelige artiklene skal presenteres.

Metode kan deles grovt inn i to ulike måter å skaffe data på, disse kalles kvantitativ og kvalitativ metode (Thidemann, 2015). Kvantitativ metode er en naturvitenskapelig metode som samler inn objektive data, det baseres på målbare enheter. Denne metoden vil gi eksakt faktakunnskap som kan brukes til statistiske beregninger og blir ofte presentert i form av tabeller. For å samle inn data til slik forskning kan det brukes spørreskjema med fastsatte svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment som gir breddekunnskap (ibid.).

Kvalitativ metode er en humanvitenskapelig metode som handler om å finne meningssammenhenger (Thidemann, 2015). Det er meningen at menneskelige egenskaper skal utforskes. Dataene til forskningen blir samlet inn med blant annet intervjuer eller feltarbeid, dette gir dybdekunnskap som er hentet fra få undersøkelsesenheter (ibid.).

4.1 Begrunnelse for valg av metode

I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode. Dette er en omfattende studiemetode og er en tolkning av litteratur som omhandler et bestemt tema (Aveyard, 2014). Først formuleres en konkret problemstilling, deretter må det gjennomføres systematiske søk på forskning som blir analysert. Å utforske både litteratur og forskning med ulik vinkling som omhandler samme tema vil gi større innsikt og ny kunnskap (ibid.). Dette gjør at en litteraturstudie er svært nyttig om en vil fordype seg i et tema.

En slik studie vil kunne bidra til at den sykepleien som utøves er kunnskapsbasert. Det er et mangfold med litteratur og vitenskapelige artikler som omhandler helsesektoren. Hensikten med litteraturstudier er å samle litteratur om et bestemt emne og presentere funnene samlet uten at leseren må ha tilgang til hver enkelt studie (Aveyard, 2014).

4.2 Søkestrategi

Søket etter artikler begynte i mars. Før søket ble det sett på ulike databaser og det ble bestemt at PubMed, Cinahl, Oria og SveMed+ skulle benyttes. Dette fordi disse databasene ble sett på som oversiktlige og kunne føre til funn av både engelske og skandinaviske artikler. Cinahl blir dessuten anbefalt av Aveyard (2014). Det ble bestemt mulige søkeord ut ifra den valgte problemstillingen. Søkeord som først ble benyttet var rehabilitation, interdisciplinary, nurse og stroke. Søkene etter artikler førte senere til at man fant flere søkeord, slik som role, challenges og cross-disciplinary. Det ble bestemt at artikkelsøket skulle avgrenses til artikler publisert de siste fem årene.

4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier blir litteratursøket tydeliggjort og mengden litteratur blir mer avgrenset (Thidemann, 2015). I denne oppgaven er litteratursøket gjort ut ifra følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier:

- Fagfellevurderte artikler
- Forskning som utforsker rehabilitering av slagpasienter
- Engelsk-, norsk-, svensk- eller danskspråklig
- Skal ha overføringsverdi til sykepleierens rolle og funksjon i et tverrfaglig team
- Studien skal være foretatt i spesialisthelsetjenesten
- NSD-nivå 1 eller 2

Eksklusjonskriterier:

- Artikler publisert før 2013
- Artikler som ikke er overførbare til norsk kultur

Sykepleiers rolle og funksjon innen rehabilitering er vektlagt, da sett både fra perspektivet til sykepleier, pasient og behandlere i det tverrfaglige teamet. Det var ønskelig å inkludere forskningsartikler med både kvalitativ og kvantitativ metode for å få både en bred og dyp innsikt i temaet. Det er derimot ikke inkludert kvantitativ forskning i denne litteraturstudien.

For at forskningen skal være mest mulig oppdatert blir kun forskningsartikler som er publisert i fagfelleverderte tidsskrifter fra og med 2013 inkludert i denne litteraturstudien. Forskningen skal ha blitt utført i land som har helsevesen som er tilnærmet lik norsk helsevesen. Dette er viktig for at teorien kan bli overført til praksis i Norge. Artikkene skulle være på et språk som kunne tolkes av forfatterne av oppgaven. Alle forskningsartiklene skulle oppfylle kriteriene for nivå 1 eller 2 av NSD.

4.4 Søkehistorikk

Søkeord	avgrensninger	kombinasjoner	database	antall treff	leste abstrakt	leste artikler	valgte artikler
1. stroke	2013-2018	1, 2, 3	Pubmed	197	14	6	3
2. rehabilitation	2013-2018	1, 2, 3, 4	Pubmed	39	4	1	1
3. nurse	2013-2018	1, 2, 3, 4, 5	Pubmed	7	4	0	0
4. role	Ingen	1, 2, 3, 4, 9	Pubmed	4	0	0	0
5. interdisciplinary	2013-2018	1, 2, 3, 4	Cinahl	281	4	3	1
6. cross-disciplinary	2013-2018	1, 6, 7	Cinahl	1	0	0	0
7. rehabilitation nursing	2013-2018	1, 7	Cinahl	1	0	0	0
8. challenges	2013-2018	2, 3, 5, 8	Cinahl	9	1	1	0
9. quantitative	Peer-reviewed, 2013-2018	2, 3, 8, 10	Oria	2	1	0	0
10. disciplinary	Ingen.	1, 2, 3	Swemed+	41	5	2	0
	2013-2015, Academic Journals	1, 3	Cinahl	531	8	4	0

	2013-2015, Academic Journals	1, 3, 4	Cinahl	204	4	2	1

Søkeordene som ble brukt ga flere treff. Dette kan være en konsekvens av at forskningsspørsmålet er bredt og at det derfor var flere relevante treff. Litteratursøket viste et stort utvalg av relevant kvalitativ forskning og review-artikler. Det ble opplevd noe utfordrende å finne kvantitativ forskning som var relevant for denne oppgaven.

Først ble abstraktene lest for å se om artiklene kunne være relevante for den valgte problemstillingen. Dette ekskluderte flere av artiklene. Deretter ble det sett på hvilke tidsskrifter de aktuelle artiklene ble utgitt i. For å kvalitetssikre tidsskriftene ble norsk senter for forskningsdata [NSD] benyttet for å sjekke hvilke publiseringskanaler som oppfyller kriteriene for nivå 1 eller 2. NSD-nivå 1 betyr at de er ordinære vitenskapelige kanaler mens nivå 2 er de kanalene med høyest internasjonal prestisje (NSD, u.d). Tre av de valgte artiklene var publisert i tidsskrift som oppfylte kriteriene for nivå 2, mens de resterende tre oppfylte kriteriene for nivå 1.

Det ble sett på om artiklene var bygd opp etter IMRaD-strukturen. Dette fordi artikler oppbygd etter IMRaD-struktur kan gi leseren et raskt overblikk over artiklens innhold. Alle valgte vitenskapelige artikler i denne oppgaven følger IMRaD-strukturen. For at en artikkel skal være bygget opp etter IMRaD-strukturen skal den inneholde (Thidemann, 2015):

- Introduksjon, der forfatteren(e) beskriver hensikten med artikkelen
- Metode, der det beskrives hvilken metode som er benyttet
- Resultat; en presentasjon av hovedresultatene
- Diskusjon; en evaluering og diskusjon av resultatene

De foreløpig valgte artiklene ble analysert for å kvalitetssikre oppbygning, metodebeskrivelse og at de kunne svare på valgt forskningsspørsmål. Artikler som ikke besvarte denne oppgavens forskningsspørsmål ble ekskludert. Det ble i denne fasen brukt en sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten [NKH], 2014). Ved

å bruke denne sjekklisten som et verktøy i analyseringen av artiklene, ble det sett på om resultatet i de vitenskapelige artiklene var til å stole på. Under gjennomgang av artiklene ble eksempelvis artikler hvor metode og studiens utvalg ikke ble tilstrekkelig beskrevet ekskludert. Dette fordi det blir vanskelig å stole på resultatet i studien om dette ikke blir redegjort for (NKH, 2014). Gjennomgangen av artikler førte til at det ble valgt ut seks vitenskapelige artikler som skal brukes i besvarelsen av denne oppgaven.

4.5 Presentasjon av funn

I denne oppgaven er det inkludert fem kvalitative studier og en review-artikkel. Se vedlegg for presentasjon av artiklenes hensikt, metode og resultat. I vedlegget har også forfatterne av denne oppgaven inkludert sine kommentarer til artiklene.

4.6 Kildekritikk

Alle artikler er fagfellevurderte og publisert i tidsskrift som oppfyller kravene til NSD. Under artikkelsøket ble det først satt en tidsavgrensning på 5 år. Dette fordi forskningen skulle være oppdatert. Da forskning ble lest og analysert, ble det sett at eldre forskning fremdeles var gyldig for å besvare denne oppgavens forskningsspørsmål. Nyere forskning ble valgt fordi disse artiklene ble sett på som best egnet til å besvare forskningsspørsmålet med tanke på artiklene sin hensikt og vinkling.

De valgte artiklene er alle fra vestlige land; henholdsvis Norge, Danmark og England. Resultatene som kom frem i artiklene fra Danmark og England ble sett på som relevante også for norsk sykepleieutøvelse. Det er valgt en review-artikkel der studier fra flere land er samlet. Forfatterne av denne oppgaven har konkludert med at de studiene i review-artikkelen også er overførbare til norsk sykepleieutøvelse.

Det blir stilt krav om nødvendig kompetanse hos forskerne og institusjonene, da forskning skal ha høy faglig kvalitet. I det inngår det at det velges en passende metode og at studien blir gjennomført på en hensiktsmessig måte med tanke på datainnsamling, databehandling og oppbevaring av data (De nasjonale forskningsetiske komiteene [NFK], 2016). De valgte artiklene har alle brukt kvalitativ metode. Det er i tillegg valgt en review-artikkel, som baserer seg på både kvalitativ og kvantitativ forskning. Resultatene i artiklene svarer på oppgavens

valgte forskningsspørsmål, og belyser temaet fra ulik vinkling. Alle artikler som er inkludert i denne oppgaven beskriver grundig metode og gjennomføring av datainnsamling og analyse av data.

To av de inkluderte artiklene er skrevet av de samme forfatterne. Hensikten i de to studiene er ulike, og det er ikke de samme funnene som kommer frem i resultatdelen. På bakgrunn av dette, er partiskhet hos forfatterne utelukket og begge artikler ble inkludert i denne oppgaven.

4.7 Forskningsetiske overveielser

Helsinki-deklarasjonen er et sett med etiske retningslinjer som gjelder når mennesker er forskningsobjektet (De nasjonale forskningsetiske komiteene [NFK], 2010). Formålet bak Helsinki-deklarasjonen er å beskytte forskningsobjektene (Molven, 2013). Innunder disse retningslinjene er prinsipper som informert samtykke og konfidensialitet, og at finansiering og eventuelle interessekonflikter skal oppgis (NFK, 2010.). Alle forfatterne av artiklene som er valgt for denne oppgaven oppgir at det ikke er noen interessekonflikt og oppgir hva som er studienes finansieringskilder. Helsinki-deklarasjonen sier at forskning som ikke oppgir dette, ikke bør aksepteres for publikasjon (NFK, 2010).

Samtykke er et nøkkelbegrep innen forskning hvor mennesker er forskningsobjektet (NFK, 2016). Et slikt samtykke skal være informert, frivillig og dokumenterbart (ibid.). Fire av de valgte artiklene i denne oppgaven skriver at de innhentet samtykke fra forskningsobjektene eller deres pårørende, eller at de fulgte Helsinki-deklarasjonen, hvor det informerte samtykket står sentralt. Forskningsobjektene har et krav om at deres personlige informasjon skal bli behandlet konfidensielt (NFK, 2016). Det blir da forskerens ansvar at informasjon som kan knyttes til enkeltindivider ikke blir formidlet videre (ibid.).

I artikkelen til Dreyer *et al.* (2016) er det ikke redegjort tilstrekkelig for det forskningsetiske. Det er oppgitt at forfatterne ikke har noen interessekonflikter. Det blir ikke skrevet noe om Dreyer *et al.* har tatt utgangspunkt i noen etiske retningslinjer eller om hvorvidt forskningsobjektene har samtykket. Forfatterne av denne oppgavene er oppmerksomme på dette, men inkluderer artikkelen da den er fagfellevurdert.

5 Analyse av funn

Analysen av artiklene er en granskning av hva teksten handler om og hva den forteller (Thidemann, 2015). Man tolker hele tiden teksten for å forstå den (ibid.). Her blir hovedfunnene i de inkluderte artiklene presentert.

5.1 Sykepleiers syn på egen rolle

Sykepleierens involvering i rehabilitering av slagpasienter er begrenset (Clarke, 2013). I Loft *et al.* (2017b) kommer det frem at sykepleierne strebet etter å se deres eget bidrag til rehabiliteringen og prøvde å synliggjøre dette for seg selv. Sykepleierne tar hånd om pasientens behov og bistår i å opprettholde deres funksjoner, og mener dette var kjernen i rehabilitering (Dreyer *et al.*, 2016). Sykepleierne ser på seg selv som en koordinator av det tverrfaglige teamet (Clarke, 2013; Dreyer *et al.*, 2016; Loft *et al.*, 2017b). I Clarke og Holt (2015) kommer det frem at deltagerne i studien hadde ulikt syn på hva den koordinerende funksjonen innebar. Sykepleieren ble ikke sett på som den best egnede til å koordinere pleien til slagpasientene i Clarke og Holt (2015). Deltagerne i det tverrfaglige teamet burde samarbeide i å vurdere og planlegge slagpasientenes rehabilitering (ibid.). Sykepleierne selv beskriver utfordringer rundt det å realitetsorientere pasienter som hadde urealistiske forventninger om bedring og håpet om å bli som før hjerneslaget inntraff (Christiansen og Feiring, 2016). Sykepleierne ønsker flere muligheter for kursing og utdanning (Clarke, 2013; Clarke og Holt, 2015; Loft *et al.*, 2017b; Loft *et al.*, 2017c).

Det deltagerne i Clarke og Holt (2015) sin studie mener er en av de viktigste sykepleierrollene, er at sykepleierne har kompetanse til å ta vurderinger som er rettet mot slagrammede, slik som svelg-screening og nevrologiske vurderinger.

5.2 Balanse mellom kliniske oppgaver og rehabiliteringsoppgaver

Noen av sykepleierne i Loft *et al.* (2017b) så på sykepleie og rehabilitering som samordnet mens andre så på sykepleie og rehabilitering som to ulike konsepter. Sykepleiere som jobber med slagpasienter må implementere slagspesifikke rehabiliteringsteknikker i sykepleien til denne pasientgruppen (Clarke og Holt, 2015; Loft *et al.*, 2017c). Sykepleieutøvelsen ble sett på som annerledes i rehabilitering enn andre fagfelt (Clarke, 2013). Man skal gjøre med og

ikke for pasienten (Clarke, 2013; Loft *et al.*, 2017c). I Loft *et al.* (2017b) beskriver sykepleierne at på travle dager var grunnleggende behov og pleie av pasienten det som ble høyest prioritert. Sykepleierne i Dreyer *et al.* (2016) ser på pasientenes behov for sykepleie for å være kjerneverdien innen rehabilitering.

5.3 Strukturering av det tverrfaglig teamet

Det tverrfaglige teamet i studien til Loft *et al.* (2017b) mener sykepleieren har en samlende rolle der pasientens behov fungerer som en guide for sykepleieren.

Over halvparten av studiene i Clarke (2013) nevnte ikke at sykepleieren fungerte som en del av det tverrfaglige teamet. Et annet funn var at det tverrfaglige teamet var hierarkisk oppbygd (Clarke, 2013). I Loft *et al.* (2017c) blir sykepleierens rolle tydelig definert av deltagerne i studien. Studien sier at sykepleieren bør være klar over sin egen rolle og funksjon (Ibid.).

Både Loft *et al.* (2017b) og Dreyer *et al.* (2016) mener anerkjennelse og respekt i det tverrfaglige teamet er viktig. Sykepleiergruppen bør arbeide systematisk med pasientens mål (Loft *et al.*, 2017c). Systemet med primærkontakt og kontinuitet burde prioriteres (ibid.). Mål er ukjent terminologi for pasientene og dette gjorde målsetting utfordrende (Christiansen og Feiring, 2016). Sykepleieren bør kommunisere med og involvere pasienten og annet helsepersonell i målsettingen (Loft *et al.*, 2017c).

5.4 Organisatoriske faktorer

Organisatoriske faktorer påvirker sykepleien som blir gitt (Clarke, 2013; Loft *et al.*, 2017b).

6 Drøfting

6.1 Sykepleiers syn på egen rolle

Sykepleier ser på seg selv som en blekksprut som stadig får mer komplekse og tidkrevende oppgaver (Loft *et al.*, 2017b). Både Dreyer *et al* (2016) og Loft *et al* (2017b) viser at sykepleiere har en administrativ og koordinerende funksjon. I Dreyer *et al.* (2016) eksemplifiseres dette ved at sykepleier ser på seg selv som pasientens talsperson og har ansvaret for å informere og dokumentere progresjon. Dette fremkommer ikke som en formell rolle, men noe sykepleier frivillig har påtatt seg:

We possess knowledge from all fields, we know what the doctors do and we know what the therapists do, we also know what the speech therapist does. We know if a chest X-ray is ordered, so we are the ones to tie up all the loose ends...Well, we do not have to, but it is natural that we do it (Dreyer *et al.*, 2016, s. 115).

Dreyer *et al* (2016) argumenterte videre med at sykepleieren har en koordinerende funksjon, fordi sykepleierne var den eneste profesjonsgruppen som er tilstede for pasientene hele døgnet. I fagutviklingsprosjektet for Haraldsplass diakonale sykehus kommer det frem at sykepleieren har en viktig rolle som leder av det tverrfaglige møtet, og at sykepleieren er ansvarlig for oppdaterte data av pasientene (NSF, 2016). Også flere av studiene som Clarke (2013) tok for seg, hevdet at sykepleier hadde en koordinerende funksjon. Derimot var det bare en av disse studiene som kunne bevise at sykepleieren faktisk var involvert i koordinering (ibid.). Dette setter spørsmål ved sykepleiers påstand om at de har en koordinerende rolle i det tverrfaglige teamet. I Clarke og Holt (2015) kom det frem at sykepleier ikke ble sett på som best egnet til å koordinere pleien til slagpasientene. Deltagerne i denne studien mente at det var en funksjon som det tverrfaglige teamet skulle samarbeide om (ibid.). Videre er det beskrevet en uenighet blant deltagerne i Clarke og Holt (2015); de hadde ulike syn på hva den koordinerende funksjonen innebar. For sykepleieren innebar det at alle elementene i pleierelaterte aktiviteter, som for eksempel medisinhåndtering, ble observert og tilrettelagt (Clarke, 2013). Dette trekkes frem som kjerneoppgaver i sykepleiepraksisen (ibid.). Resten av deltakerne så på målsetting og planlegging av utskrivelse som viktige oppgaver innen den koordinerende funksjonen (Clarke og Holt, 2015). Ut ifra forskning og teori kan det

ses at sykepleier ser på seg selv som en koordinator, men at det er et motstridende syn på dette i det tverrfaglige teamet. Det er dessuten en uenighet i hva det vil si å ha en koordinerende funksjon. Definisjonen av koordinering kan tenkes å ha en betydning for om det tverrfaglige teamet ser på sykepleieren sin rolle som koordinerende.

Sykepleier ser ikke på sin rolle i rehabilitering som rehabiliterende og streber etter å synliggjøre sitt eget bidrag for seg selv, kollegaer og pasienter (Loft *et al.*, 2017b). Dette samsvarer med Loft *et al.* (2017a) og Engman og Lundgren (2009) hvor pasientene selv sier at de ikke ser på sykepleierrollen som terapeutisk. Derimot ser pasienten på sykepleieren som en hjelpende hånd, som for eksempel hjelper i stellsituasjon (Engman og Lundgren, 2009). Dette kom også frem i Christiansen og Feiring (2016), hvor sykepleiergruppen erfarer at pasientene forventer at sykepleierne skal utføre stellrelaterte aktiviteter for pasienten slik at pasienten kan spare krefter til treninger og øvelser med for eksempel ergo- eller fysioterapeuter. Funnene i Clarke (2013) og Dreyer *et al.* (2016) sier at sykepleier har en viktig rolle i rehabiliteringen. Dreyer *et al.* (2016) underbygger dette i sin studie hvor det er funnet at å trene på daglige aktiviteter, som tannpuss og å utføre personlig hygiene, er kjernen i rehabiliteringen. Dette er aktiviteter som kan gå under Kirkevolds bevarende funksjon, hvor målet er å ivareta pasientens grunnleggende behov (Kirkevold, 2010). Ved å ivareta kroppslig og kognitiv integritet, mener Kirkevold at sykepleier har en terapeutisk rolle og kan tilrettelegge slik at pasienten er kognitivt og fysisk kapabel til å utføre treningen med for eksempel fysioterapeut (ibid.). Et eksempel på dette er at sykepleier kan tilrettelegge for at pasienten får hvile i etterkant av en treningsøkt, slik som det kommer frem i Dreyer *et al.* (2016). Dette kan tyde på at sykepleier har en rehabiliterende rolle i slagrehabilitering, men at det er synliggjøringen av denne rollen som kan være problematisk.

Dreyer *et al.* (2016) sier at pasienten må bli sett og hørt, og det trengs tid og nærhet for å forstå pasienten og bli kjent med mennesket bak pasienten. Sykepleieren må våge å være i situasjonen, tåle stillheten hvis pasienten leter etter ord og opptre støttende i en krevende periode (ibid.). Tiden etter et slag kan være vanskelig for pasienten og dens pårørende. Kirkevold (2015) sier at pasienten kan ha flere eksistensielle tanker og Christiansen og Feiring (2016) peker på en fase som innebærer forvirring, desorientering og inkonsekvent oppførsel i etterkant av hjerneslaget, samt mangel på sykdomsinnsikt. Ofte vil pasienten ha større behov for menneskelig kontakt og Loft *et al.* (2017a) sier at både sykepleiergruppen og de andre

profesjonsgruppene må være tilgjengelig for samtale og støtte. Henderson (1997) skriver at sykepleiers ansvar er å hjelpe pasienten med de behovene og aktivitetene som pasienten tidligere har utført uten hjelp. Dette innebærer ikke bare fysiske behov, men også pasientens psykososiale behov. Henderson (1997) sier at sykepleieren skal sørge for at livet blir mer enn en vegetativ prosess. Sykepleieren skal bidra til for eksempel sosialt samvær, læring og rekreasjonsmessige aktiviteter (ibid.). Både Kirkevolds fortolkende og støttende funksjon kan knyttes til dette. Den fortolkende funksjonen handler om å hjelpe pasienten med å forstå hjerneslaget og dets konsekvenser, og skape en meningsfull forståelse av situasjonen (Kirkevold, 2010). Kirkevolds støttende funksjonen handler om hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten med emosjonelle utfall i etterkant av hjerneslaget. Dette innebærer å gi støtte, være tilstede og anerkjenne pasientens lidelse. For at sykepleier skal ha en støttende funksjon, er det nødvendig å ha en nær og tillitsfull relasjon til pasienten (ibid.). Sykepleiers relasjon til pasienten viste seg å ha en innvirkning på pasientens erfaring med rehabilitering og deres motivasjon for rehabilitering (Loft *et al.*, 2017a). Både Engman og Lundgren (2009) og Loft *et al.* (2017c) trakk frem kontaktsykepleier som en viktig faktor. Det ble sett på som viktig for pasienten å ha en sykepleier med god kjennskap til pasienten og dens sykdomshistorie, slik at det ikke er nødvendig for pasienten å gjenta seg til stadighet (Engman og Lundgren, 2009). Ut ifra Kirkevold sin fortolkende funksjon og forskning ser en at god relasjonen mellom sykepleier og pasient er viktig for å kunne gi støtte, motivasjon og bli kjent med mennesket bak pasienten.

6.2 Balanse mellom kliniske oppgaver og rehabiliteringsoppgaver

I Loft *et al.* (2017b) kommer det frem at enkelte ser på sykepleie og rehabilitering som samordnet, mens andre ser på disse som to ulike konsepter. Det ble rapportert at sykepleiere ofte føler på en konflikt mellom rehabilitering og å ivareta pasientens grunnleggende behov (ibid.). Dette ses også i Clarke (2013), da tidspress og lav bemanning skaper en konflikt for sykepleierne, hvor grunnleggende sykepleie og observasjon blir prioritert. Grunnleggende behov og pleie av pasienten ble også høyest prioritert i Loft *et al.* (2017b). Dette bidro til at sykepleie og rehabilitering ble sett på som separate fra hverandre (Clarke, 2013.). I to av studiene kommer det frem at sykepleiere som jobber med slagpasienter må implementere slagspesifikke rehabiliteringsteknikker i sykepleieutøvelsen (Clarke og Holt, 2015; Loft *et al.*

2017c) og tre artikler presiserte viktigheten av å gjøre med og ikke for pasienten i rehabiliteringsøyemed (Clarke, 2013; Loft *et al.*, 2017b; Loft *et al.*, 2017c). I Clarke (2013) var det lave forventninger blant sykepleier og det tverrfaglige teamet til at sykepleier skulle implementere rehabiliteringsteknikker i sin praksis. I tre av studiene som Clarkes artikkel basert på ble det sagt at sykepleiere implementerte rehabiliteringsteknikker i den daglige pleien, men det var ingen observasjonsstudier som kunne bekrefte at dette ble gjort systematisk (*ibid.*). Dette bekrefter Loft *et al.* (2017b) der sykepleierne oppgir at det ikke ble jobbet bevisst og systematisk for at rehabiliteringsprinsippene ble implementert i sykepleieutøvelsen. Derimot mener Clarke (2013) at det skal være mulig å implementere rehabiliteringsteknikker i sykepleieutøvelsen. Clarke og Holt (2015) er enig i at så lenge sykepleierne hadde god forståelse for rehabiliteringsteknikkene ville det ikke være et problem å implementere dette i sykepleieutøvelsen. Implementering av rehabiliteringsteknikker kan knyttes til Kirkevolds integrerende funksjon. Denne funksjon refererer til de tiltakene som sykepleiere initierer for å hjelpe pasientene med å integrere nyopplærte ADL-ferdigheter og -teknikker i deres daglige aktiviteter (Kirkevold, 2010). Dette går ut på at en ikke bare skal anvende teknikker fra fysio- eller ergoterapi i sykepleien en utøver til pasienten, men også hjelpe pasienten med å overføre ADL-teknikkene som læres i treningsrom til det daglige (*ibid.*). Selv om det kommer frem at sykepleierne må bli flinkere til å implementere rehabiliteringsteknikkene inn i sykepleien så mener Clarke og Holt (2015) at sykepleierne ofte undervurderer deres bruk av rehabiliteringsteknikkene i det daglige arbeidet. Ut ifra forskningen og teorien om dette temaet er både sykepleierne og resten av det tverrfaglige teamet enige om at rehabiliteringsteknikker bør implementeres inn i sykepleieutøvelsen. Ulike faktorer påvirker prioriteringen mellom å ivareta grunnleggende behov og rehabiliteringen, og sykepleierne valgte da å prioritere pasientens grunnleggende behov. Det viser seg derimot at sykepleierne undervurderer deres bruk av rehabiliteringsteknikker.

Flere av de valgte studiene konkluderer med at det bør tilbys mer kursing og utdanning til sykepleierne som arbeider innen fagfeltet (Clarke, 2013; Clarke og Holt, 2015; Loft *et al.* 2017b; Loft *et al.* 2017c). Deltagerne i Loft *et al.* (2017b) uttrykte et sterkt ønske for flere muligheter til kursing og utdanning siden det var vanskelig å holde seg oppdatert på egenhånd. I Struwe *et al.* (2013) kom det frem at det var viktig med god utdanning blant personalet for å opprettholde kompetanse. Avdelingssykepleierne understreket spesielt at god pleie var avhengig av kompetanse hos personalet (*ibid.*). I Clarke og Holt (2015) kommer det

frem at slagrehabilitering krever spesialisert trening, slik at sykepleier er i stand til utføre sykepleiefunksjoner som nevrologiske vurderinger og svelg-screening. Et behov for god faglig kompetanse kan ses i kronbladmodellen; en modell som tar for seg tre antagelser som har en betydning for profesjonene i det tverrfaglige samarbeidet (Carnevali, 1992). Disse antagelsene er 1) at profesjonene bidrar med ulikt perspektiv, kunnskap og ferdigheter, 2) at noen avgjørelser og aktiviteter kan utføres av en eller flere profesjonsgrupper, og 3) at profesjonene har ulike ansvarsområder som ikke er tilgjengelig via de andre profesjonene (ibid.). Med denne modellen som utgangspunkt, mener Carnevali (1992) at sykepleier må definere særpreget ved sykepleiefaget for å kunne ha mer enn en assisterende rolle i det tverrfaglige arbeidet. I flere av artiklene kommer det frem at sykepleiers rolle i slagrehabilitering er uklart og at det er et behov for å styrke og tydeliggjøre denne rollen (Clarke, 2013; Loft *et al.*, 2017b; Loft *et al.*, 2017c). Clarke og Holt (2015) sier at det er usannsynlig at sykepleier vil bli sett på som en fullverdig partner i slagrehabiliteringen, om ikke sykepleier styrker sin kompetanse innen dette feltet. Det kan tenkes at mer utdanning og økt kompetanse kan bidra til at sykepleiers rolle i slagrehabiliteringen blir mer tydelig.

Det er beskrevet i Loft *et al.* (2017c) at sykepleiergruppen burde arbeide systematisk med pasientens mål. Målsetting er anerkjent som en viktig del av rehabilitering (Hartigan, 2012). Pasienten må inkluderes i målsetting (Christiansen og Feiring, 2016; Loft *et al.*, 2017c). Loft *et al.* (2017c) går dypere inn i dette ved å si at sykepleier må ta eierskap av målene i samarbeid med de andre yrkesgruppene og pasienten selv. Derimot beskriver Loft *et al.* (2017a) at pasientene ikke følte sykepleieren var like involvert i pasientens mål for rehabilitering. Det kan gå utøver sykepleiers evne til å motivere pasienten (ibid.). Prosessen og fremgangen for pasienten burde dokumenteres av det tverrfaglige teamet (Loft *et al.*, 2017c). Målsetting i seg selv er ikke noen garanti for full funksjonsgjenvinnelse, men kan utfordre pasienten til å gjenvinne sin autonomi (Hartigan, 2012). I Christiansen og Feiring (2016) erfarte sykepleierne at flere av pasientene ikke var godt nok kjent med terminologien mål. Her ble det også sett et tydelig generasjonsskille hvor eldre hadde mindre kjennskap til mål sammenlignet med yngre pasienter. Sykepleierne sa videre at dette gjorde arbeidet med å utforme mål sammen med pasienten utfordrende (ibid.). Pasienter med kognitiv svikt, depresjon og fatigue har dårligere prognose når det kommer til uavhengighet enn pasienter med bare motorisk utfall (Helsedirektoratet, 2010). Dette kan bety at denne pasientgruppen vil ha større utfordringer i målsetting som omhandler uavhengighet. Mål og håp er nærliggende;

håp er en mental tilstand som er karakterisert ved et ønske om å oppnå et mål (Travelbee, 1999). Videre skriver Travelbee at håpet er fremtidsrettet og for å ha håp, er man avhengig av andre (ibid.). Travelbee (1999) presiserer viktigheten av at pasienten må ta utgangspunkt i sitt “her og nå” for å bygge opp en struktur for fremtiden og for å oppnå det pasienten håper på. Her kan sykepleier bidra til at pasienten ser sitt “her og nå” ved å realitetsorientere pasienten om dette er nødvendig. Enkelte pasienter hadde urealistiske forventninger om bedring og hadde et håp om å bli som før hjerneslaget (Christiansen og Feiring, 2016). Sykepleierne beskrev en utfordring rundt det å realitetsorientere disse pasientene. Det ble da sett at informasjonen måtte tilpasses den enkelte pasient og skadeomfanget; samtidig som informasjonen skal ivareta håpet, bør den også innstille pasienten på at rehabiliteringsprosessen kan bli lang (ibid.). Kirkevold skriver at rehabiliteringsmålene som er identifisert av det tverrfaglige teamet, kan miste mening og motivasjonsevne om ikke pasientene ser relevansen av teknikkene som trengs for å utføre betydningsfulle aktiviteter (Kirkevold, 2010). Det kan tenkes at sykepleiers bidrag kan være å hjelpe pasienten til å se relevansen av nyopplærte teknikker. Dermed har pasienten større forutsetning for å nå sine mål for rehabiliteringen. Forskningen viser at enkelte pasienter hadde utfordringer med å forstå terminologien mål, og det kan da ses på som sykepleiers oppgave å tilpasse informasjonen som blir gitt, slik at pasientene kan øke sin forståelse og formulere realistiske mål.

6.3 Strukturering av det tverrfaglige teamet

I Clarke (2013) er det beskrevet et hierarki i det tverrfaglige teamet, hvor profesjonsgrupper som eksempelvis fysioterapeut er på topp og sykepleier på bunn. Både i Clarke (2013), Dreyer *et al.* (2016) og Loft *et al.* (2017b) er det funnet at anerkjennelse i det tverrfaglige teamet er viktig. De ulike yrkesgruppene skal vise respekt for hverandre, lojalitet og at alle i teamet følger de arbeidsinstruksene som er bestemt i fellesskap (Loft *et al.*, 2017b). En faktor som kan bidra til at sykepleier er en aktiv del av det tverrfaglige teamet er samlokalisering av sykepleiergruppen og de andre behandlerne (Clarke, 2013). Dette er ikke nok i seg selv, men kan bidra til økt kommunikasjon og en bedre dialog mellom medlemmene i det tverrfaglige teamet (ibid.). Dette kan tenkes å skape en sterkere kultur for samarbeid. Denne kulturen fremheves som viktig for et godt tverrfaglig samarbeid (Struwe *et al.*, 2013). I struktureringen

av det tverrfaglige teamet trekker Doris Carnevali frem at profesjonsgruppene bør ha klart for seg hva deres spesifikke bidrag til samhandling er og profesjonsgruppene bør også ha forståelse for hva som er en “økonomisk bruk” av profesjonsgruppens tjenester (Carnevali, 1992). Dette fremheves både i kronbladmodellen og fagutviklingsprosjektet på Haraldsplass. I fagutviklingsprosjektet opplevde deltagerne at det var viktig å ha forståelse og kunnskap om andres kompetanse og fagområde, samt gi rom for alle i teamet, for å ha et godt tverrfaglig samarbeid (NSF, 2016). Loft *et al.* (2017b) beskriver at pasientens behov fungerte som en guide for sykepleieren i samarbeid med pasienten og i teamarbeidet. Dette samsvarer med Dreyer *et al.* (2016), hvor det fremkommer at sykepleier ser på seg selv som pasientens talsperson og fungerer som en representant for pasienten i det tverrfaglige møtet. Retningslinjene for behandling og rehabilitering av hjerneslag anbefaler både ukentlige tverrfaglige samarbeidsmøter med en fast struktur og daglige, mer uformelle møter for å sikre et godt samarbeid, både tverrfaglig og med pasienter og pårørende (Helsedirektoratet, 2010). Samlokalisering kan tenkes å gjøre det enklere å gjennomføre uformelle møter. Det er gjennomgående, både i teori og forskning, at respekt for de andre profesjonsgruppene og lojalitet til teamets beslutninger er viktig for et godt samarbeid. Denne respekten innebærer at alle anerkjenner sin egen og andre profesjonsgruppers kompetanse og fagområde.

6.4 Organisatoriske faktorer

Ifølge Clarke (2013) og Loft *et al.* (2017b) vil organisatoriske faktorer påvirke sykepleien som blir gitt. Sykepleiers evne og mulighet til å integrere rehabiliteringsteknikker ble sett å være avhengig av bemanning og tidsstyring (Clarke, 2013). I Clarke og Holt (2015) mente derimot deltagerne at det skulle være mulig å implementere rehabiliteringsteknikker i sykepleieutøvelsen til tross for lav bemanning og dårlig tid. Clark og Holt (2015) virker å være alene om dette. Inntrykket forfatterne av denne oppgaven sitter igjen med, er at implementeringen av rehabiliteringsteknikker og det å gjøre med og ikke for pasientene ikke blir gjort systematisk på grunn av lav bemanning og dårlig tid. Dette inntrykket forsterkes av Clarke (2013), hvor tidspress og lav bemanning ble beskrevet å skape en konflikt for sykepleierne, der grunnleggende sykepleie og observasjon ble prioritert over rehabiliteringsteknikker. Det fysiske miljøet, bemanningen og hvordan den daglige pleien var organisert ble alle beskrevet som noe som enten hindret eller tilrettela for hva sykepleierne

beskrev som god rehabilitering (Loft *et al.*, 2017b). Dette bekreftes i Struwe *et al.* (2013) hvor det sies at god grunnbemanning var viktig for å sikre både kontinuitet og god sykepleie. Artikkelen sier dessuten at å dele inn det tverrfaglige teamet inn i videre “pasientteam” og ha primærsykepleiere, bidrar til å sikre kontinuitet (ibid.). Det ble sett at sykepleiere har ulik erfaring og kompetanse, og at det fungerte godt å pare pasienter med sykepleiere som hadde den riktige kompetansen for pasientens situasjonen (Struwe *et al.*, 2013). En organisatorisk faktor som Clarke (2013) sier påvirker det tverrfaglige teamet, er samlokalisering av sykepleiergruppen og de andre behandlerne. Dette ble sett på som en faktor som kan bidra til økt kommunikasjon og bedre dialog, og slik et bedre samarbeid (ibid.). Det ble sett at god grunnbemanning og kontinuitet er organisatoriske faktorer som kan legge til rette for god sykepleie til rehabiliteringspasienter.

6.5 Konsekvenser for praksis

Slik det kom frem så er det ulikt syn innad i teamet på hva de konkrete rollene til sykepleieren er i det tverrfaglige teamet i slagrehabilitering. Dette kan skape en konflikt mellom sykepleierne og de andre profesjonsgruppene i det tverrfaglige teamet om rollene til sykepleieren ikke er tilstrekkelig definert.

Pasientene og sykepleiergruppen hadde ulikt syn på hva sykepleiers rolle var, noe som kan skape en usikkerhet i relasjonen. Pasientene hadde forventninger om at sykepleierne skulle gjøre aktiviteter for dem. Sykepleierne mente derimot at var viktig å implementerer rehabiliteringsteknikker i sykepleieutøvelsen, samt å gjøre med pasienten og ikke for. Dette kan tenkes å få konsekvenser for om pasienten får optimalt utbytte av rehabiliteringen, hvis en ikke ser på sykepleierens rolle som rehabiliterende.

Man kan tenke at lik praksis overfor pasientene er viktig innenfor slagrehabiliteringen. Hvis ikke alle medlemmene av det tverrfaglige teamet på en enkelt avdeling jobber rehabiliterende med pasienten, kan det tenkes at pasienten ikke får det samme utbytte av rehabiliteringen som den kunne ha hatt om alle i det tverrfaglige teamet jobbet likt. Her kommer lojalitet overfor teamets beslutninger inn. Hvis det eksempelvis er bestemt at en pasient skal sitte skjermet

under måltidene, burde ikke en sykepleier som kommer på seinvakt ta beslutningen om at denne pasienten nå skal spise kveldsmaten sin i fellesarealet.

Sykepleierne har ulik oppfatning av hva sin rolle og funksjon er, noe som kan bidra til usikkerhet innad i sykepleiergruppen og ulik praksis. Ved å definere sykepleierens rolle kan det styrke sykepleieren i seg selv, samt styrke samarbeidet med de andre profesjonsgruppene i det tverrfaglige teamet.

6.6 Metodekritikk

Litteraturstudie som metode gir muligheten til å samle flere vinklinger om tema i en oppgave. Denne metoden ble sett på som godt egnet til å svare på det valgte forskningsspørsmålet. Det er en tidsbesparende metode med tanke på at forskningen man skal bruke allerede eksisterer. En litteraturstudie gir innsikt i ulike forskningsmetoder og hvilken forskning som er utført innen temaet. Samtidig kan det at man må bruke eksisterende forskning være en utfordring ved en litteraturstudie. Dette gjør at man er avhengig av hva som er skrevet om det valgte forskningsspørsmålet og hvordan denne forskningen er vinklet. Gjennom universitetet er det tilgang til tidsskrifter både på biblioteket og på internett, og det ble funnet flere relevante forskningsartikler. Forfatterne av denne oppgaven hadde derimot problemer med å finne relevante kvantitative forskningsartikler, noe som kan ha bidratt til at dette til ble en smalere oppgave enn ønskelig.

Det valgte forskningsspørsmålet i denne oppgaven er ganske bredt. Det kan tenkes at et mer konkret forskningsspørsmål, med samme tema, hadde ført til større utfordringer med å finne forskningslitteratur enn det som ble opplevd i denne oppgaven.

Den korte tidsbegrensingen en bacheloroppgave har, kan gi en utfordring i gjennomføringen av litteraturstudiet. Denne begrensningen krever at forfatterne har kunnskap om litteratursøk og analyse av forskning i forkant. Samtidig har forfatterne fått bedre kompetanse innen søk og analyse i arbeidet med denne oppgaven. I og med at litteraturstudie er en sekundærforskning, kan funnene ha blitt tolket feil av forfatterne ved analysen. De valgte forskningsartiklene er alle engelskspråklige, og selv om forfatterne har god forståelse for språket vil det være en risiko for feiltolkning under oversettelsen til morsmål.

7 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å se på sykepleiers rolle og funksjon i det tverrfaglige teamet i rehabiliteringen av slagpasienter. Gjennom litteraturstudiet er det funnet at sykepleiers rolle og funksjon i rehabiliteringen av slagpasienter er uavklart. Litteraturen gir en tydelig ramme på hva som er sykepleiers rolle og funksjon, men forskning viser at det i praksis er utfordrende, både blant sykepleierne, pasientene og det tverrfaglige teamet, å definere sykepleiers rolle i slagrehabiliteringen. Forskning og teori antyder at sykepleier har en rehabiliterende rolle, men at synliggjøringen av denne rollen kan være utfordrende. Ut ifra forskning og teori kan det ses at sykepleier ser på seg selv som en koordinator, men at det er et motstridende syn på dette i det tverrfaglige teamet. Det er dessuten en uenighet i hva det vil si å ha en koordinerende funksjon.

Tiden etter hjerneslaget kan være krevende. Litteraturen viser at sykepleieren har en fortolkende funksjon og en støttende funksjon som er viktig i denne perioden. Her blir relasjonen mellom sykepleier og pasient essensiell for at sykepleier skal kunne gi støtte og motivere. Dette vises gjennom funn i forskningen hvor sykepleieren ser på sin rolle å gi en følelse av nærhet og trygghet.

Både sykepleierne og resten av det tverrfaglige teamet er enige om at rehabiliteringsteknikker bør implementeres inn i sykepleieutøvelsen. Ulike faktorer påvirker prioriteringen mellom å ivareta grunnleggende behov og rehabilitering, og sykepleierne føler at det velger å prioritere pasientens grunnleggende behov. Det viser seg derimot at sykepleierne kan undervurdere deres bruk av rehabiliteringsteknikker.

Funn i forskningen viste et ønske om mer utdanning blant sykepleierne. For at sykepleier skal kunne bli sett på som en fullverdig partner i slagrehabilitering, må særpreget ved rehabiliteringssykepleie defineres. Dersom dette skal oppnås ble det sett som nødvendig at sykepleier øker sin kompetanse innen feltet. Ved å utvide sin kunnskap og kompetanse kan det tenkes at sykepleier styrker og tydeliggjør sin rolle i slagrehabiliteringen.

Litteraturen viser at pasienten må ta utgangspunkt i sitt "her og nå" og at sykepleieren kan bidra til at pasienten ser sitt "her og nå" ved hjelp av eksempelvis realitetsorientering. Samtidig viser forskning at ikke alle pasientene forstår terminologien mål og en kan forstå det

som sykepleiers oppgave å tilpasse informasjonen som blir gitt, slik at pasientene kan øke forståelsen for å utarbeide realistiske mål.

Anerkjennelse og lojalitet til det tverrfaglige teamets beslutninger, og respekt for de andre medlemmene er viktig for et godt samarbeid. Det er likevel sett en hierarkisk oppbygning av det tverrfaglige teamet. Det ble sett i den inkluderte forskningen at implementeringen av rehabiliteringsteknikker ikke ble gjort systematisk, og det kan tenkes at dette er på grunn av lav bemanning og dårlig tid. God grunnbemanning og kontinuitet er organisatoriske faktorer som har positiv innvirkning på sykepleieutøvelsen innenfor slagrehabilitering.

Ut ifra denne litteraturstudien opplever forfatterne at det er mangel på forskning som tydeliggjør sykepleiers rolle i slagrehabiliteringen. Dette ses på bakgrunn av funnene i den inkluderte forskningen, hvor flere kommer frem til at sykepleiers rolle og funksjon ikke er tydelig nok definert. Forfatterne av denne oppgaven så dessuten et behov for forskning som tar for seg hvordan sykepleiers rolle kan tydeliggjøres og hva som kan bidra til tydeliggjøringen av sykepleiers rolle. Det hadde også vært interessant å lese forskning som mer konkret omhandler sykepleiers bruk av rehabiliteringsteknikker i sykepleieutøvelsen.

8 Litteraturliste

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care - a practical guide*. 3. utg. New York: Open university press.

Carnevali, D. (1992). *Sykepleieplanlegging*. 2. utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Christiansen, B. og Feiring, M. (2016). Challenges in the nurse's role in rehabilitation contexts. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (19-20), s. 3239-3247. doi: 10.1111/jocn.13674

Clarke, D.J. og Holt, J. (2015). Understanding nursing practice in stroke units: a Q-methodological study. *Disability and Rehabilitation*, 37 (20), s. 1870-1880. doi: 10.3109/09638288.2014.986588

Clarke, D.J. (2013). Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (9-10), s. 1201-1226. doi: 10.1111/jocn.12334

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldedal Norsk Forlag.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (Hentet: 10. april 2018).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010). *Helsinki-deklarasjonen (engelsk fulltekst)*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (Hentet: 10. april 2018).

Dreyer, P., Angel, S., Langhorn, L., Pedersen, B. P. og Aadal, L. (2016). Nursing roles and functions in the acute and subacute rehabilitation of patients with stroke: going all in for the patient. *Journal of neuroscience nursing*, 48 (2), s. 111-118.

DOI:10.1097/JNN.000000000000191

Engman, M. og Lundgren, S.M. (2009). Vad innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke? *Vård i Norden*, 29 (93), s. 32-36. Tilgjengelig fra: https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fjournals.sagepub.com%2Fdoi%2Fabs%2F10.1177%2F010740830902900308&h=ATOTm_cCvZc2rgx5xI3-98HOiKqpxrs3qBjV5A6xpMYkSMkTtbNraba7Ob9Wzw-mnLeMDXXl7mbD6G_19bhBz7_3c9RC7X9SaOHbAjO4Y1L_A5RCdqFVC1kPRLc0twAh_cY (Hentet: 18. mars 2018)

Gjerstad, L. (2016). *Hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/hjerneslag> (Hentet: 7. mars 2018).

Grov E.K og Holter I.M. (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Hartigan, I. (2012). Goal setting in stroke rehabilitation: part 2. How do health professionals set goals and what is the nurse's role? *British journal of neuroscience nursing*, 8 (3), s. 123-128. Tilgjengelig fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=25264d51-c80c-436f-8584-26ce545a7806%40sessionmgr102> (Hentet: 1. mars 2018)

Helsedirektoratet (2010). Nasjonalfaglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-og-behov/prosesser-i-slagrehabilitering/m%C3%A5lsetting-rehabiliteringsplan> (Hentet: 26. april 2018)

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag> (Hentet: 8. mars 2018).

Helsedirektoratet (2017). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=tjenestetilbudet-habilitering-og-8194> (Hentet: 11. april 2018)

Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp.*

Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/> (Hentet: 11. april 2018)

Henderson, V. (1997). *Basic Principles of Nursing Care*. 2. utg., revidert. International Council of Nurses.

Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal.

Kirkevold, M. (2010). The Role of Nursing in the Rehabilitation of Stroke Survivors: an Extended Theoretical Account. *Advances in Nursing Science*, volum 3 (1), s. 27-40. doi: 10.1097/ANS.0b013e3181cd837f

Kirkevold, M. (2015). Hjerneslag, I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 464-478.

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E. og Grimsbø, G.H. (2016). Hva er sykepleie? I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E. og Grimsbø, G.H. (red.) *Grunnleggende sykepleie b. 1*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 15-27

Loft, M.I., Esbensen, B.A., Mathiesen, L.L., Iversen, H.K. og Poulsen, I. (2017). Call for human contact and support: an interview study exploring patients' experiences with inpatient stroke rehabilitation and their perception of nurses' and nurse assistants' roles and functions. *Disability and Rehabilitation* s. 1-8. doi: 10.1080/09638288.2017.1393698

Loft, M.I., Poulsen, I., Esbensen, B.A., Iversen, H.K., Mathiesen, L.L. & Martinsen, B. (2017). Nurses' and nurses assistants' beliefs, attitudes and actions related to role and function in an inpatient stroke rehabilitation unit- A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 26 (23-24), s. 4905-4914. doi: 10.1111/jocn.13972

Loft M.I, Martinsen B, Esbensen B.A, Mathiesen L.L, Iversen H.K & Poulsen I. (2017). Strengthening the role and functions of nursing staff in inpatient stroke rehabilitation:

developing a complex intervention using the Behaviour Change Wheel. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12 (1), s. 1-15, doi: 10.1080/17482631.2017.1392218

Mathiesen, T (2016). *12 000 rammes av hjerneslag hvert år*. Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/aktuelt/12-000-rammes-av-hjerneslag-hvert-ar/> (Hentet: 7. mars 2018).

Molven, O. (2013). Helsinkideklarasjonen, i: *Store Medisinske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/Helsinkideklarasjonen> (Hentet: 10. april 2018).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf> (Hentet: 22. mars 2018).

NHI (2015). *Hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/hjerneslag-og-blodninger/hjerneslag/?page=all> (Hentet: 2. mai 2018).

NSD (u.å). *Forklaring til søkefeltene*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmSok> (Hentet: 7. mars 2018)

NSF (2016). *Sykepleierens rolle i det tverrfaglige teamet*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/3025672/cache=20160509122047/Prosjektrapport%20-%20sykepleierens%20rolle.pdf> (Hentet: 7. mars).

Sandlie, L. (2009). *Tverrfaglig samarbeid*. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/nb/node/25498?fag=52> (Hentet: 9. mai 2018)

Struwe, J.H., Baernholdt, M., Noerholm, V. og Lind, J. (2013). How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practices. *Journal of Nursing Management*, 21 (1), s. 141-151. doi: 10.1111/jonm.12016

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

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ørn, S. og Bach-Gansmo, E. (2016). *Sykdom og behandling*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

9 Vedlegg 1

Referanse	Christiansen, B. og Feiring, M. (2016). Challenges in the nurse's role in rehabilitation contexts. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 26 (19-20), s. 3239-3247. doi: 10.1111/jocn. 13674
Hensikt/forskningsspørsmål	Problemstillingen er: hvordan ser sykepleier på sin rolle i relasjon til pasienter i rehabilitering?
Metode	Kvalitativ metode. Basert på tre fokusgruppeintervjuer. Det var til sammen 15 intervjuobjekt er, alle sykepleiere på tre ulike avdelinger. Hermeneutisk tilnærming til analyse.
Resultat	Tre tema ble identifisert: <ul style="list-style-type: none"> • justere pasient og pårørendes forventninger • justere støtte og informasjon • anerkjenne pasientens kunnskap. Resultatene i denne studien så på hvordan pasienten kan påvirke hvilken rolle sykepleier tar.
Egne kommentarer	NSD-nivå 2. Gjennomførelse n av studien er godkjent av NSD. Norsk studie.

Referanse	Clarke, J.D. (2013) Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. <i>Journal of clinical nursing</i> , 23, (9-10) s. 1201-1226, doi: 10.1111/jocn.12334
Hensikt/forskningsspørsmål	Å identifisere og sammenfatte tilgjengelig forskning for å lage en forklarende ramme rundt sykepleie for slagrammede. Forskningsspørsmål: hva er naturen for sykepleie i pleie og rehabilitering for innlagte slagpasienter.
Metode	En systematisk review-artikkel. det ble gjort søk i 12 elektroniske databaser, 137 artikler ble inkludert mens 54 ble valgt for kartlegging. 16 kvalitative studier ble tatt med. De inkluderte artiklene var publisert mellom 1990 og 2010.
Resultat	De kommer frem til 5 kategorier som blir beskrevet dypere. Disse er: <ul style="list-style-type: none"> • Organisatoriske faktorer kan både hindre og tilrettelegge for sykepleie ved rehabilitering • Utdanning og opplæring bør forbedres om sykepleiere skal oppfatte at de har en rolle innen rehabiliteringen. • Sykepleie for slagrammede krever balanse mellom kliniske oppgaver og rehabiliteringsoppgaver • Å bruke rehabiliteringskunnskaper i vanlige sykepleieroppgaver er ikke alltid forventet av sykepleiere. • Å jobbe i tverrfaglig team for slagrammede krever klarhet om hvordan teamet kan jobbe sammen.
Egne kommentarer	NSD-nivå 2. Redegjort for bidrag og finansiering. Artiklene som er inkludert i denne review-artikkelen er fra blant annet land som Norge, Sverige, Storbritannia og Canada

Referanse	Clarke, D.J. og Holt, J. (2015). Understanding nursing practice in stroke units: a Q-methodological study. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 37 (20), s. 1870-1880. doi: 10.3109/0963828 8.2014.986588
Hensikt/forskningsspørsmål	Hvordan sykepleierrollen på en slagenhet ble beskrevet og forstått av et tverrfaglig team.
Metode	I studien er det benyttet Q-metode hvor det er samlet inn subjektive synspunkter fra deltagerne. Q-metode har liknende egenskaper som en kvalitativ studie, og kan ses som en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Et sett med utsagn/uttalelser om temaet som forskes på blir delt ut til deltagerne. I Q-studien var det 63 deltagere, hvor alle var medlemmer av et tverrfaglig team. Hovedvekten av deltagerne var fra sykepleiergruppen. Det var 27 stykker som ble intervjuet. Der var hovedvekten av deltagerne var fra sykepleiergruppen.
Resultat	Resultatene og uttalelsene som fremkommer av forskningen er presentert oversiktlig i flere tabeller. Tabellene viser i hvilken grad deltakerne mener uttalelsene passer med slik dagens praksis fungerer. Studien viser enighet i sykepleiernes synspunkt på rehabilitering, i tillegg til hva de allerede anerkjenner som sin rolle i det tverrfaglige samarbeidet. Det fremkommer av resultatene at oppmuntring og tilrettelegging er en viktig del av sykepleieutøvelsen. Ut ifra studiens resultater er det også enighet om at sykepleiere og helsefagarbeidere vil dra fordel av å ha en tilleggsutdanning innen slagrehabilitering/slagrehabilitering.
Egne kommentarer	NSD-Nivå 1. Studien er utført i England og er overførbar til norsk kultur. Studien ble bedømt til å ha en god etisk standard ifølge National Research Ethics Service. Ingen interessekonflikter blir oppgitt av forfatterne.

Referanse	Dreyer, P., Angel, S., Langhorn, L., Pedersen, B. P. og Aadal, L. (2016) Nursing roles and functions in the acute and subacute rehabilitation of patients with stroke: going all in for the patient. <i>Journal of neuroscience nursing</i> , 48 (2), s. 111-118. doi:10.1097/J NN.0000000000000191
Hensikt/forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å beskrive hvilke roller og funksjoner sykepleierne opplevde for innlagte pasienters rehabilitering etter et hjerneslag.
Metode	En fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. fokusgruppe intervju med åpne spørsmål ble gjennomført med 19 sykepleiere.
Resultat	Tabell 1. viser at resultatet er delt inn i to deler. "Sykepleiers rolle og funksjon i forhold til pasientens behov 24/7" og "Sykepleiers rolle og funksjon i et tverrfaglig team". under den sistnevnte delen blir punktene: <ul style="list-style-type: none"> • Anerkjennelse av de andre på teamet sine ferdigheter med utgangspunkt i pasientenes behov. • Sykepleiere er pasientens stemme i teamet. • Sykepleiere står for rammene og strukturene innad i teamet.
Egne kommentarer	NSD-nivå 1 Smalt forskningsutvalg. Ingen interessekonflikt blir oppgitt av forfatterne. Har ikke oppgitt om deltagerne har samtykket til å delta i denne studien.

Referanse	Loft, M.I., Poulsen, I., Esbensen, B.A., Iversen, H.K., Mathiesen, L.L. og Martinsen, B. (2017). Nurses' and nurses assistants' beliefs, attitudes and actions related to role and function in an inpatient stroke rehabilitation unit- A qualitative study. <i>Journal of clinical nursing</i> , 26(23-24), s. 4905-4914. doi: 10.1111/jocn.13972
Hensikt/forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å utforske sykepleiere og helsefagarbeideres oppfatninger, holdninger og handlinger i forhold til deres funksjoner for innlagte rehabiliteringspasienter som har hatt hjerneslag.
Metode	Etnografisk og hermeneutisk tilnærming. Det ble foretatt deltagende observasjoner i en måned og semistrukturerte intervjuer av åtte sykepleiere og seks helsefagarbeidere.
Resultat	Tre hovedkategorier ble identifisert: <ul style="list-style-type: none"> • Viktigheten av profesjonalitet • Viktigheten av struktur • Streben etter å synliggjøre for seg selv deres bidrag til rehabiliteringen.
Egne kommentarer	NSD-nivå 2 Har fulgt de etiske prinsippene av de Helsinkideklarasjon. Smalt forskningsutvalg

Referanse	Loft M.I, Martinsen B, Esbensen B.A, Mathiesen L.L, Iversen H.K og Poulsen I. (2017). Strengthening the role and functions of nursing staff in inpatient stroke rehabilitation: developing a complex intervention using the Behaviour Change Wheel. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> , 12 (1), s. 1-15, doi: 10.1080/17482631.2017.1392218
Hensikt/forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien var å beskrive utviklingen av en sykepleierintervensjon med sikte på å optimalisere rehabiliteringen av hjerneslag pasienter, ved å styrke sykepleierens rolle og funksjon.
Metode	Kvalitativ studie. Innsamling av data foregikk ved hjelp av fire ulike tilnærminger; gjennomgangen av litteraturstudien, semistrukturerte intervjuer og allerede eksisterende forskning på sykepleierens rolle og funksjon i slagrehabiliteringen. Tolv medlemmer av sykepleiergruppa og ti pasienter ble intervjuet.
Resultat	De har fulgt BCW (Behaviour Change Wheel) i syv trinn, sammen med MRC (UK Medical Research Council). Jobbet med en oppfølging av en tilnærming til teoriutvikling hvor rammene til BCW og MRC styrte bruken av eksisterende forskning og egne kvalitative undersøkelser. Dette førte til en intervensjon som var logisk, praktisk og likevel teoretisk. Deretter ble muligheten for utdanningsprogrammet testet og det ble undersøkt hvordan sykepleierne selv opplevde utfallet av utdanningsprogrammet. Ved hjelp av en systematisk, trinnvis tilnærming ble det utviklet en intervensjon kalt «Rehabilitation 24/7»
Egne kommentarer	NSD-nivå 1. Studien er utført i Danmark og er overførbart til norsk kultur. De etiske prinsippene fra Helsinki-deklarasjonen er fulgt. Ingen interessekonflikter blir oppgitt.