



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Fagartikkel

Kompetanseoverføring kan bidra til uklare roller

Knowledge transfer can contribute to unclear roles

Innleveringsdato: 04.06.20

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10171

Antall ord: 4949

Sammendrag

Introduksjon: Hjerneslag er en økende utfordring og sykepleiere vil få et økende ansvar for rehabilitering i årene som kommer. Artikkelen tar for seg sykepleiers rolle i det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringen av slagpasienter. Samtidig belyses rollen kompetanseoverføring spiller i det tverrfaglige samarbeidet.

Metode: For å besvare problemstillingen er det brukt en kvalitativ undersøkelsesmetode. Det ble gjennomført fire semistrukturerte intervju av en tverrfaglig gruppe ansatte ved et utenlandsk rehabiliteringssenter. Intervjuene ble gjennomført i praksis i februar-mars 2020 og deretter analysert ved hjelp av meningsfortetting.

Resultat: Resultatene viser at informantene er positive til tverrfaglig samarbeid og at de benytter kompetanseoverføring for å muliggjøre hyppigere trening. Alle informantene var tydelige på hva som er deres oppgaver og uttrykte lite usikkerhet rundt sin rolle.

Konklusjon: Studien viser at kompetanseoverføring kan bidra til uklare roller, men samtidig forbedre samarbeidet og resultatene. Kompetanseoverføring er lite omtalt i faglitteratur og forskning, og det er derfor et behov for mer forskning på kompetanseoverføring i tverrfaglig samarbeid. Både faglitteratur og forskning viser at det er uklarhet rundt sykepleiers rolle i tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringen av slagpasienter. Det er derfor behov for mer forskning på og tydeliggjøring av sykepleiers rolle i tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringen av slagpasienter.

Summary

Introduction: Stroke is an increasing challenge for the health care system and nurses will have an increasing responsibility for rehabilitation in the years coming. This article discusses the role of nurses in the interdisciplinary collaboration in the rehabilitation of stroke survivors. Simultaneously, the article illustrates the role of knowledge transfer in the interdisciplinary collaboration.

Method: A qualitative methodology has been used to illustrate this issue. Four semi-structured interviews were conducted with a multidisciplinary selection of employees at a foreign rehabilitation centre. The interviews were conducted in February and March 2020 and later analysed using the method concentration of meaning.

Results: The results indicate that the informants are positive to interdisciplinary collaboration and that they use knowledge transfer to enable more frequent training. All informants were clear on what their tasks were and expressed little uncertainty about their roles.

Conclusion: The study demonstrates that knowledge transfer can contribute to unclear roles, but also improve the collaboration and the results. Knowledge transfer is not widely mentioned in literature and research. Consequently, there is a need for more research on knowledge transfer in interdisciplinary collaboration. Both literature and research indicate that there is unclarity regarding the role of nurses in interdisciplinary collaborations and in the rehabilitation of stroke survivors. Therefore, more research and a clarification are required on the role of nurses in interdisciplinary collaborations and in the rehabilitation of stroke survivors.

Introduksjon

Denne bacheloroppgaven er skrevet i forbindelse med en sykepleiepraksis på et rehabiliteringssenter i utlandet. Rehabiliteringssenteret tok imot norske brukere over 18 år med funksjonsnedsettelse av ulike årsaker. De ansatte besto av nordmenn og utenlandsk helsepersonell som kunne norsk. Sammen med tre medstudenter ble det gjennomført en gruppepraksis på åtte uker og en felles datainnsamling til studien. Alle hadde på forhånd søkt om å skrive en prosjekt-bachelor om temaene rehabilitering, helsefremming og tverrfaglig arbeid. Fokuset i denne artikkelen er rehabilitering og tverrfaglig arbeid. Helsefremming er valgt bort av hensyn til oppgavens omfang. Videre avgrenses oppgaven til rehabilitering etter hjerneslag, da jeg har jobbet med slagpasienter i akutfasen ved en slagenhet og er interessert i å følge slagpasientene videre i senfasen.

Hjerneslag er en samlebetegnelse på lidelser som skyldes en akutt forstyrrelse av blodtilførselen i hjernen (1). WHO har estimert at nesten 5,8 millioner mennesker på verdensbasis døde av hjerneslag i 2016 (2). Hjerneslag er dermed den nest største dødsårsaken og en av de viktigste årsakene til funksjonsnedsettelse i verden (3). Rundt 12 000 nordmenn får hjerneslag i året, og antallet vil øke i takt med en voksende eldre befolkning (1). Hjerneslag krever akutt behandling og spesialisert rehabilitering, og kan føre til motoriske, sensoriske og kognitive utfall samt emosjonelle symptomer. Prognosen varierer etter type hjerneslag, skadens plassering og pasientens alder. Slagpasienter trenger derfor målrettet diagnostikk og tverrfaglig vurdering av rehabiliteringspotensiale og gjenopptreningsbehov, og alle bør få tilbud om spesialisert behandling og gjenopptrening. Rehabilitering etter hjerneslag er ofte en krevende og langvarig prosess, som starter allerede på sykehus og fortsetter i kommunale institusjoner eller i hjemmet. De fleste sykehus har spesialiserte slagenheter med tverrfaglig ekspertise. Slagenheter som har et godt fungerende tverrfaglig team, har dokumentert vesentlig effekt (4, s. 407-411). Tverrfaglig samarbeid er en anerkjent strategi for å tilby trygg, effektiv og holistisk rehabilitering til slagpasienter (5). Tidlig rehabilitering i slagenhet og tidlig utskrivelse er godt dokumentert som en sentral del av slagbehandling, men er likevel bare en liten del av rehabiliteringsprosessen. Effekten av rehabilitering i senfasen er derimot lite omtalt i forskning. Etter 3-6 måneder når utviklingen trolig et platå, hvor bedring av funksjonsnivå stagnerer. Det er likevel hensiktsmessig å fortsette rehabiliteringen for å vedlikeholde funksjonsnivået (6, s. 108-109).

Rehabilitering kan defineres som målrettede samarbeidsprosesser mellom brukere, pårørende og tjenesteytere for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i samfunnet (7). Rehabilitering som ideologi forutsetter at rehabilitering er en prosess basert på brukerens egne mål, brukermedvirkning og samarbeid mellom involverte fagpersoner, sektorer og etater. Ideologien anerkjenner rehabilitering som holistisk, ved at alle forhold blir tatt i betraktning. Ordet holistisk kan også bety at helheten er større enn summen av delene. Med andre ord vil alle som er involvert i rehabiliteringen ha større verdi dersom de samarbeider.

Definisjonen på rehabilitering innebærer en samarbeidsprosess. Begrepene tverrfaglig, tverrprofesjonelt og flerfaglig blir alle brukt om dette samarbeidet. Uansett hvilket ord som blir brukt er samarbeidet en vesentlig del av rehabiliteringsprosessen, hvor brukeren skal være en aktiv deltaker (8, s. 23-25). Tverrfaglig samarbeid kan defineres som et helhetlig teamarbeid mellom flere profesjoner for å nå et felles mål (8, s. 81). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* skal sikre at personer med behov for rehabilitering tilbys tverrfaglige tjenester (7). En studie viste derimot at slagpasienter ikke er klar over eller har interesse for organiseringen av det tverrfaglige samarbeidet (5). Ifølge *Samhandlingsreformen* er et av formålene med tverrfaglig samarbeid å bidra til kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene (9), og kompetanseoverføring står dermed sentralt i tverrfaglig samarbeid. I denne oppgaven brukes begrepet kompetanseoverføring om all overføring av kunnskap mellom brukere, fagpersoner, profesjoner og tjenestenivåer. Kompetanseoverføring har vist seg å bidra til bedre behandling og resultater ved en slagenhet (10).

Sykepleiere vil få et økende ansvar i rehabiliteringsprosessen fremover, og vil møte rehabiliteringspasienter i sykehjem, hjemmesykepleie, på sykehus og i rehabiliteringsinstitusjon (8, s. 11-13). Rehabiliteringssykepleie er et begrep som blir brukt i boken *Sykepleie og rehabilitering* og kan defineres som sykepleien som utøves når hovedmålet er å forbedre brukerens funksjonsevne. Med funksjonsevne menes kroppslige, mentale og sosiale funksjoner som er berørt hos brukeren. Rehabiliteringssykepleieren skal ivareta brukerens rehabiliteringsmål og grunnleggende behov. Skillet mellom sykepleierens generelle funksjon og rehabiliteringssykepleie kan derfor oppleves utydelig (8, s. 27). En studie konkluderte med at sykepleiers rolle i rehabilitering etter hjerneslag fremstår uklar (3). En annen studie hevdet derimot at sykepleiere er ideelle i en koordinerende rolle (11). En tredje studie viste til at sykepleier heller ikke er unik som koordinator (12). Dette vekket nysgjerrighet for det tverrfaglige samarbeidet og sykepleiers rolle direkte knyttet til rehabilitering etter hjerneslag. I tillegg finnes det minimalt med forskning på kompetanseoverføring og rollen den spiller i dette samarbeidet. Denne fagartikkelen forsøker å besvare følgende problemstilling:

Hva er sykepleiers rolle i det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringen av slagpasienter?

Metode

En kvalitativ undersøkelsesmetode ble benyttet for å besvare problemstillingen. Dette virket mest hensiktsmessig da det var få mulige deltakere i studien. Kvalitativ metode er nyttig hvis forskeren ønsker å gå i dybden og er interessert i deltakerne sine opplevelser, erfaringer og meninger (13, s. 112). Videre ble det besluttet å foreta intervju av rehabiliteringssenterets ansatte, som senere ble analysert. Det ble gjort litteratursøk i databasene Cinahl, PubMed og SveMed samt frihåndssøk Google Scholar. Resultatene vil bli diskutert i lys av relevant forskning og faglitteratur samt mine praksiserfaringer.

Semistrukturerte intervju

Det ble gjennomført en felles datainnsamling sammen med mine tre medstudenter i praksis. De valgte også kvalitativ metode, så det var hensiktsmessig å samarbeide om intervjuene. Videre ble det besluttet å gjøre semistrukturerte intervju av de ansatte på rehabiliteringssenteret. Semistrukturerte intervju ble benyttet ettersom det var ønskelig at informantene skulle svare på spørsmål innenfor valgte tema, men samtidig ha mulighet til å snakke fritt og gå i dybden (14, s. 46). I samarbeid med mine medstudenter ble det utviklet en felles intervjuguide (Vedlegg 1). Hver student formulerte fire spørsmål innenfor sitt tema, til sammen 16 spørsmål. Alle intervjuene ble gjort i felleskap for å effektivisere datainnsamlingen for både studenter og ansatte. I tillegg var det nødvendig å samarbeide for å skrive ned intervjuene. Spørsmålene var tydelig formulert slik at den som intervjuet kunne stille de andre studentenes spørsmål. Under spørsmålene var det stikkord eller oppfølgingsspørsmål som intervjueren kunne benytte hvis informanten ikke var innom bestemte tema. Alle studentene deltok på alle intervjuene for å sikre at den som var ansvarlig for gjeldende tema kunne svare på eventuelle spørsmål. Alle intervjuene ble gjennomført på et møterom på rehabiliteringssenteret. Det var samme student som intervjuet hver gang, mens de tre andre studentene noterte. Dette for å sikre at alt materialet ble nedskrevet da det ikke var tillatt å bruke lydopptak. Før intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju av en utenlandsk ansatt, noe som ga gode erfaringer. Pilotintervjuet førte til justeringer i intervjuguiden, noe på grunn av språkutfordringer. Språkutfordringene påvirket videre rekrutteringen av informanter.

Rekruttering

Det ble gjort et strategisk utvalg informanter til studien, det vil si å henvende seg til noen en på forhånd tror har noe spesielt å bidra med (13, s. 116). Rekrutteringen av informanter foregikk slik at de ansatte ble spurt muntlig på forhånd om de ønsket å delta. Det eneste kriteriet for å delta var at de var ansatt innenfor helse på rehabiliteringssenteret. I felleskap med mine medstudenter ble det besluttet å gjennomføre fire intervju og heller rekruttere flere informanter ved behov. Videre var det ønskelig med en tverrfaglig gruppe informanter i forskjellig alder, henholdsvis fra 20- til 50-årene. Dette for å sikre ulike erfaringer. Tilgjengelighet og språkferdigheter ble også vurdert, ansatte som jobbet kun nattevakt og ansatte som hadde dårlige norskferdigheter ble derfor ekskludert.

Observasjoner og praksiserfaringer

På grunn av manglende tillatelse kunne det ikke gjennomføres intervju av brukere. Det var derimot mulig å observere omgivelsene gjennom åtte ukers praksis på rehabiliteringssenteret. Det ble gjort ustrukturerte observasjoner av både brukere og ansatte. Mange av disse verdifulle praksiserfaringene vil bli brukt i diskusjonen.

Etiske betraktninger

Forskningsetikk innebærer blant annet å ivareta personvernet til deltakerne og sikre troverdighet i forskningen (13, s. 96). Dette bachelor-prosjektet har ikke en felles godkjenning fra *Norsk senter for forskningsdata*, og det var derfor ikke tillatt å innhente personopplysninger, intervju brukere eller benytte lydopptak. Deltakerne i studien er ansatte ved rehabiliteringssenteret. Brukere er kun representert gjennom ustrukturerte observasjoner og praksiserfaringer.

Deltakelsen var frivillig da alle informantene ble spurt på forhånd om de ønsket å delta i studien. Rett før intervjuet fikk informantene utdelt skriftlig informasjon om studien og et samtykkeskjema som ble utviklet i felleskap med mine medstudenter, noe som sikret informert samtykke (Vedlegg 2-3). Informantene ble blant annet gjort bevisst på at data blir anonymisert. Under analysen fikk hver informant sitt aidentifiserte navn, eksempelvis informant A. Informantenes virkelige navn ble aldri nedskrevet og kan ikke spores tilbake til det fiktive navnet.

Analyse

Det ble gjennomført en selvstendig analyse av data fra intervjuene. Arbeidet startet med en grundig gjennomgang av intervjuene for å få en oversikt over materialet. Deretter ble materiale av interesse markert og farger benyttet til å dele materialet inn i kategorier. Så ble informantenes svar satt inn i tabeller sortert etter kategorier. Videre virket det hensiktsmessig å benytte meningsfortetting som hjelpemiddel, inspirert av Kvale og Brinkmann (14, s. 232). Det ble utformet en ny tabell der informantenes utsagn ble forkortet og tydeliggjort. Det gjorde det enklere å se sammenhenger mellom svarene og finne tema og undertema.

Tabell: Eksempel på meningsfortetting

<i>Tema</i>	<i>Undertema</i>	<i>Meningsfortetting</i>	<i>Meningsbærende enhet</i>
<i>Tverrfaglig samarbeid</i>	Kompetanse	De ansatte samarbeider for å få til hyppigere trening.	<i>Informant B, spørsmål 1:</i> Det foregår på samme måte som for alle pasienter, ved at vi har tverrfaglige møter tre ganger i uken. Slagpasienter trenger ofte en høy dosering for å oppnå målene, da bruker vi personalet til å få en høyere dosering gåtrenting, trappetrenting eller tøying for å forebygge kontrakturer. Da bidrar personalet med dette. Vi samarbeider hele veien. Hva som skjer med brukeren, hvordan det går med målsettingen? Må vi endre målsetting?
		Kompetanseoverføring mellom pleiepersonalet og fysioterapeutene.	<i>Informant D, spørsmål 1:</i> Tverrfaglige mellom oss og fysioterapeutene, da er det vi får den kompetanseoverføringen, den bruker vi mye. I forhold til at fysioterapeutene har kartlegging og finner ut hva de skal trene på og hvordan de skal trene. Og så har vi tverrfaglige møter, der vi snakker sammen om hva vi skal videreføre av trening. Daglige små treningsbenker også, ikke bare deres treningsprogram. De skal trene på ting daglig, som vi må utføre. Der har du den typiske kompetanseoverføring vil jeg si.

Resultat

Resultatene baserer seg på informantenes svar i de fire intervjuene. Funnene fra pilotintervjuet er ikke representert i resultatene. Utvalget av informanter besto av en sykepleier, en helsefagarbeider, en fysioterapeut og en leder. I analysedelen ble det utarbeidet tre kategorier, nemlig tverrfaglig samarbeid, kompetanseoverføring og sykepleieres rolle.

Tverrfaglig samarbeid

Mine hovedfunn viser at alle informantene var positive til tverrfaglig samarbeid og så nytteverdien av det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringen av slagpasienter. Fysioterapeuten beskrev det tverrfaglige samarbeidet som helt avgjørende. Informanten begrunnet dette med at brukergruppen er variert og at det derfor er behov for tverrfaglig samarbeid mellom flere profesjoner. På spørsmål om det tverrfaglige samarbeidet påvirker rehabiliteringen av slagpasienter, svarte informanten følgende:

Absolutt, uten det tverrfaglige samarbeidet hadde det ikke gått an.

Informant B

For at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere, er de ansatte avhengig av å kommunisere godt. Rehabiliteringssenteret har derfor tverrfaglige møter tre ganger i uken. Det handler mye om kommunikasjonen mellom profesjonene på tverrfaglige møter, ifølge informanten. En helsefagarbeider støttet også betydningen av kommunikasjon og mente det er viktig med tverrfaglig samtale rundt brukerne:

Prater vi ikke sammen, får man ikke alltid et helhetlig bilde av oppholdet til brukeren.

Informant A

Dette samsvarer med det holistiske synet på rehabilitering. Ved at flere profesjoner samarbeider og kommuniserer på en god måte, sikres det at hele brukeren blir ivaretatt. Helheten, som er samarbeidet mellom profesjonene, blir større enn summen av delene, som er profesjonene. Med andre ord sikrer det gode samarbeidet at profesjonene har større verdi sammen, enn hver for seg. Det holistiske synet på rehabilitering innebærer også rehabilitering opp mot både fysiske og psykiske utfordringer. Lederen beskrev at helhetstenkningen har stor betydning for rehabilitering:

Generelt, ikke bare for slag: helhetstenkningen. Jeg opplever at det er av stor betydning med 24/7 rehabilitering. Fysisk og psykisk deltakelse opp mot den sykdommen du har.

Informant C

Under et av spørsmålene i intervjuguiden ble informantene spurt om de ser fordeler og ulemper ved tverrfaglig samarbeid. Samtlige informanter svarte at de ser fordeler ved tverrfaglig samarbeid. To av fire informanter beskrev det som en fordel at profesjonene

samarbeider om å nå målene. Det tverrfaglige samarbeidet gjør det mulig å nå målsettingene ettersom de observerer brukerne døgnet rundt, ifølge en informant:

Vi oppnår målene mye lettere. Vi har fagpersoner som har godt innblikk i det medisinske og psykososiale, og ser brukeren hele tiden, hele dagen, i alle situasjoner.

Informant B

Tre av fire informanter fant ulemper ved tverrfaglig samarbeid. En informant påpekte at det kan oppstå uenighet om behandling. En annen informant mente påvirkningen av andre ansatte kan føre til at det ikke gjøres nye vurderinger. En tredje informant så ingen ulemper med tverrfaglig samarbeid, men skulle gjerne hatt en ergoterapeut med i samarbeidet.

Kompetanseoverføring

Kompetansen til de ulike profesjonene på rehabiliteringssenteret virket godt anvendt. Lederen satte sammen en tverrfaglig gruppe, noe som sikret at den tilgjengelige kompetansen kom til nytte. De ansatte samarbeidet om rehabiliteringen og brukte hverandres kunnskap. Fysioterapeuten benyttet kompetanseoverføring slik:

Slagpasienter trenger ofte en høy dosering av trening for å oppnå målene, da bruker vi personalet til å få en høyere dosering gåtning, trappetrening eller tøying for å forebygge kontrakturer. Da bidrar personalet med dette.

Informant B

Dette viser at kompetanseoverføring muliggjør hyppigere trening, noe som ifølge fysioterapeuten, er spesielt viktig for slagpasienter. Noen brukere har behov for å trene utenom felles treninger og individuelle økter med fysioterapeut. Et godt eksempel på dette er trappetrening to ganger daglig. Dette ble gjennomført ved at en sykepleier eller en helsefagarbeider veiledet og observerte brukeren gjennom treningen. Dette viser kompetanseoverføring fra fysioterapeut til pleiepersonalet. En annen informant brukte derimot begrepet kompetanseoverføring på en litt annen måte. Hun mente at all kunnskap en tilegner seg om en bruker, er en form for kompetanseoverføring og noe som videreføres på tverrfaglige møter.

En sykepleier beskrev at kompetanseoverføring bidrar til at det tverrfaglige samarbeidet på rehabiliteringssenteret er helt unikt. Informanten hevdet at samarbeidet på tvers av profesjonene gjør at de kan videreføre det hverandre gjør, slik at det blir som en sirkel. Noe som kan tolkes i betydning av at kunnskapen sirkulerer til alle innehar den kompetansen. En annen informant hevdet at de er flinkere på kompetanseoverføring på rehabiliteringssenteret enn mange andre plasser. Informanten beskrev at de på rehabiliteringssenteret har et helt annet fokus på rehabilitering og tverrfaglighet enn det hun har erfart i Norge. Hun pekte på at hun i hjemmetjenesten i Norge aldri fikk sett hva fysioterapeuten gjorde, men at de fikk øvelser på et ark uten å få veiledning. Dette tyder på at kompetanseoverføringen fra fysioterapeuten ikke var til stede der.

Sykepleiers rolle

Det aktuelle rehabiliteringssenteret har ansatte innenfor tre ulike helseprofesjoner, henholdsvis helsefagarbeidere, sykepleiere og fysioterapeuter. De forskjellige profesjonene virket å ha ulike oppfatninger, noe som kan komme godt med. Med profesjoner følger ulike ansvarsområder og oppgaver. Noen av informantene satte ord på hvilke roller som følger deres profesjon og hva som skiller dem fra de andre. Flere av informantene var tydelige på hva som var fysioterapeutene sitt ansvarsområde. Fysioterapeuten beskrev sin rolle slik:

Står mest på funksjon for min del, de kroppslige symptomene etter et hjerneslag, det med bevegelsesvansker, forflytning, gange og håndfunksjon.

Informant B

Fysioterapeutene ser ut til å ha et større ansvar for fysisk rehabilitering av bevegelsesfunksjon, men ifølge informanten, er fysioterapeutene også en profesjon brukerne har mye alenetid med og betror seg til. Sykepleierne ser derimot ut til å ha et helhetlig ansvar. Sykepleieren hevdet å ha det store overblikket, altså som en koordinator. Sykepleieren beskrev sin rolle videre:

... jeg har større medisinsk ansvar og ansvar hvis det skal snakkes med lege, sykehus og sånne ting. Ja, det er mest på det medisinske vil jeg si. Sykdomsrelatert og medisinsk relatert vil jeg si, der har jeg større kompetanse enn andre.

Informant D

Forskjellen mellom sykepleierne og helsefagarbeiderne kom ikke tydelig frem, men en informant hevdet at sykepleiere har bedre innsikt i det helhetlige sykdomsbildet enn helsefagarbeiderne. Helsefagarbeideren trakk frem stellesituasjonen som en del av sine ansvarsområder. Ingen av informantene beskrev konkret hva som er sykepleiers rolle som rehabiliteringssykepleier.

Diskusjon

Hensikten med denne studien er å undersøke det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringen av slagpasienter. Mine hovedfunn var at informantene er positive til tverrfaglig samarbeid og det kan være avgjørende for resultatet av rehabiliteringen. Videre viser funnene at de ulike profesjonene klarer å skille sine ansvarsområder og at kompetansen blir godt anvendt. Samtidig kan det virke uklart hva som er sykepleieroppgaver, når kompetanseoverføring innebærer at alle kan gjøre alt. På bakgrunn av dette er det interessant å se mer på sykepleierens rolle i det tverrfaglige samarbeidet ved slagrehabilitering. Resultatene vil nå diskuteres i tre underkapitler.

Hvordan påvirker det tverrfaglige samarbeidet slagpasienter?

Tverrfaglighet i rehabiliteringsprosessen er lovpålagt etter *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (7). Tverrfaglig samarbeid er ifølge *Sykepleie og rehabilitering* en forutsetning for rehabilitering (8, s. 81). Resultatene i studien min har vist at alle informantene er positive til tverrfaglig samarbeid og noen mener at rehabilitering ikke er mulig uten samarbeidet. Mine praksiserfaringer bekrefter at de ansatte er positive til samarbeidet og opplever at det fungerer godt. Pleiepersonalet samarbeidet mer med fysioterapeutene enn forventet, blant annet delte de ansvaret for ulike treninger. Fysioterapeutene var også i stor grad til stede i avdelingen.

En studie som testet ut et kurs i tverrfaglig samarbeid støtter mine funn. Kurset skulle sikre god opplæring i tverrfaglig samarbeid. Forskerne konkluderte med at opplæring i tverrfaglig samarbeid kan gi det beste resultatet for slagpasientene og at tverrfaglig samarbeid er essensielt for god omsorg til slagpasienter (15). Dette tyder på at kurs i tverrfaglig samarbeid kunne gjort utbyttet enda bedre for slagpasientene på rehabiliteringssenteret.

En annen studie har derimot sett på slagpasienters og pårørendes oppfatning av godt og dårlig samarbeid og innvirkningen det har på opplevelsen av omsorg. I studien kom det frem at organiseringen av det tverrfaglige samarbeidet ikke var synlig for slagpasientene. Selv om det tverrfaglige teamet kan ha påvirket utfallet og opplevelsen av oppholdet, var ikke slagpasientene klar over eller interessert i prosessen. Slagpasientene i studien var stort sett fornøyd med behandlingen, noe som kan være årsaken at de ikke la merke til det tverrfaglige samarbeidet. Hvis samarbeidet hadde fungert dårlig, hadde pasientene trolig lagt bedre merke til organiseringen (5). Denne studien er en påminnelse om at det som er viktig for helsepersonell ikke nødvendigvis betyr like mye for hver enkelt bruker. Det kan tenkes at brukerne og de pårørende ikke har nok innsikt i organiseringen til å gjøre denne vurderingen. Trolig er resultatet av oppholdet mer betydningsfullt for dem. Mine praksiserfaringer støtter denne studien. Slagpasientene på rehabiliteringssenteret uttrykte tilfredshet over oppholdet, nådde målene sine og var fornøyd med resultatene. Dette betyr derimot ikke at de nødvendigvis hadde forståelse for hvorfor de trivdes og hva som påvirket resultatene.

Hvilken rolle spiller kompetanseoverføring i det tverrfaglige samarbeidet?

De ulike helseprofesjonene er basert på et felles kunnskapsgrunnlag, men de forvalter også en spesialkompetanse innenfor sitt felt (8, s. 80). Mine resultater har vist at kompetansen til de ansatte er godt utnyttet gjennom tverrfaglig samarbeid og kompetanseoverføring. Det fører til at slagpasienter får en høyere dosering av trening på rehabiliteringssenteret og dermed får bedre utbytte av oppholdet. Mine praksiserfaringer støtter dette. Observasjonene viser at sykepleiere og helsefagarbeidere utførte trappetrening, bassengtrening og sirkeltrening med slagpasienter. De ansatte hadde mer kunnskap om fysisk funksjon og trening enn forventet, basert på mine erfaringer fra andre institusjoner.

En studie fra 2015 bekrefter mine funn. Studien brukte en såkalt *Knowledge Transfer Team*-tilnærming for å iverksette nye retningslinjer for slagbehandling. Begrepet *Knowledge Transfer Team* kan tolkes som kompetanseoverførings-team. Tilnærmingen førte til at de ansatte i teamene begynte å samarbeide og hjelpe hverandre å lære de nye retningslinjene. Kompetanseoverførings-team bidro til bedre behandling og resultater ved slagenheten (10). Det er usikkert om dette begrepet har nøyaktig lik betydning som kompetanseoverføring i denne sammenhengen, men studien er likevel verdt å nevne da det tyder på at kompetanseoverføring kan bedre det tverrfaglige samarbeidet. Studien støtter mine funn fra intervjuene. To av informantene mente at rehabiliteringssenteret hadde et spesielt fokus på kompetanseoverføring. Det kan tenkes at dette bidro til at slagpasientene var fornøyde med resultatene.

En annen studie undersøkte informasjonsflyten hos tverrfaglige team i primærhelsetjenesten. Studien viste at det er et behov for å formalisere kommunikasjonsmåte, forbedre organiseringen av kompetanseoverførings-aktiviteter og mer aktiv bruk av kolleger (16). Dette bygger opp under mine praksiserfaringer. Kommunikasjon er et område som ofte svikter, spesielt på et flerspråklig rehabiliteringssenter. Mine observasjoner viser at det ofte oppsto misforståelser og at kompetansen varierte avhengig av nasjonalitet. Her kunne kurs i tverrfaglig samarbeid og organiserte kompetanseoverførings-aktiviteter bidratt til kompetanseoverføring mellom profesjoner og nasjonaliteter.

Begrepet kompetanseoverføring er lite brukt i sykepleie og mine litteratursøk fant lite faglitteratur og forskning på temaet i sykepleiefaglig sammenheng. Dette er bemerkelsesverdig da flere av informantene brukte dette begrepet i intervjuene og noen omtalte temaet uten å bruke begrepet. En kan spekulere i om det finnes andre formuleringer på norsk eller andre begrep på engelsk. Uansett er det et sentralt begrep innenfor tverrfaglig samarbeid og et tema som trenger større oppmerksomhet innenfor forskning.

Så hva er sykepleiers rolle?

Alle informantene ble spurt hva som er deres rolle og det kom frem at alle hadde forskjellige ansvarsområder. Spesielt sykepleieren var tydelig på hva som er sin generelle rolle.

Informanten pekte på at sykepleiere har større kompetanse relatert til sykdom og medisin.

Ingen av informantene beskrev derimot sykepleiers rolle direkte knyttet til rehabilitering.

Forfatterne av boken *Sykepleie og rehabilitering* har erfart at studenter og nyansatte ved rehabiliteringsinstitusjoner finner det vanskelig å tyde hva som er sykepleiers oppgave i det tverrfaglige samarbeidet. Forskjellen mellom sykepleierens generelle rehabiliterende funksjon og rehabiliteringssykepleie er uklar, ifølge forfatterne. Rehabiliteringssykepleieren skal arbeide målrettet for å bedre brukerens funksjonsevne, og samtidig gi grunnleggende omsorg. Videre påpeker de at dette ikke er motsetninger av hverandre, men det viser at sykepleieren skal bidra med sin kompetanse på alle områder der det er behov (8, s. 27).

Min erfaring fra denne praksisen skiller seg fra mine erfaringer fra tidligere praksisperioder, spesielt med tanke på sykepleierens rolle på rehabiliteringssenteret. Før praksis var jeg forberedt på at dette ikke var en praksis med vanlige sykepleieoppgaver og prosedyrer. Det tok likevel tid å finne sin rolle. Den dominerende arbeidsoppgaven ble etter hvert å kommunisere med brukerne. Det var dermed et større fokus på psykososialt arbeid enn forventet, ettersom rehabiliteringssenter gjerne er forbundet med intensiv, fysisk opptrening.

I 2019 ble det gjennomført en studie som bekrefter mine erfaringer. Studien er basert på intervju med ti slagpasienter på et sykehus. Slagpasientene opplevde utfordringer med eksistensielle tanker og bekymringer for fremtiden og hadde behov for menneskelig kontakt og støtte fra sykepleiere. Likevel opplevde de at sykepleierens rolle i rehabiliteringsprosessen var uklar, da de oppfattet rehabilitering som kun fysisk trening (3). Dette sier noe om pasientenes snevre oppfatning av hva rehabilitering innebærer. Synet på rehabilitering som holistisk, som nevnt i introduksjonen, innebærer derimot at alle behovene til brukeren skal ivaretas. Ifølge mine funn er sykepleieren til stede hele døgnet og har dermed mulighet til å ivareta slagpasientens grunnleggende behov. Dette er en sentral del av rehabiliteringsprosessen da sykepleieren legger til rette for at slagpasienten er klar for fysisk trening når fysioterapeutene kommer.

En annen litteraturstudie fant også uklarhet rundt sykepleiers rolle. Sykepleierens deltakelse i rehabilitering etter hjerneslag var begrenset og slagpasientene og deres pårørende trengte hjelp til å forstå sykepleierens rolle. Studien konkluderte med at det er et behov for å undersøke og tydeliggjøre sykepleiers rolle i rehabiliteringen av slagpasienter på nytt (17). Dette bygger opp under nytten av å gjennomføre denne studien. Ingen av informantene uttrykte uklarhet rundt sykepleiers rolle på rehabiliteringssenteret, noe som skiller seg fra litteraturen. Det må nevnes at informantene ikke ble spurt konkret om sykepleiers rehabiliterende funksjon, men at alle informantene ble spurt om rollen til sin egen profesjon.

Mine erfaringer fra tidligere praksisperioder er at sykepleier i større grad har en koordinerende rolle med ansvar for brukerne, medisiner og planlegging, og bruker mye tid

ved datamaskinen og i telefonen. I denne praksisen ble det derimot observert at sykepleiere, helsefagarbeidere og fysioterapeuter delte denne koordinerende rollen. Et viktig moment er at mye foregikk på et annet språk, noe som førte til at språkferdigheter ofte ble mer styrende enn profesjon for hvem som tok ansvar for koordineringen i enkelte situasjoner, for eksempel telefonsamtaler.

En studie fant derimot at sykepleiere er ideelle til å koordinere rehabiliteringen. Forskerne foreslår en 24-timers tilnærming hvor sykepleiere leder det tverrfaglige samarbeidet gjennom hele døgnet (11). Dette bygger opp under mine funn fra intervjuene. En av informantene mente det tverrfaglige samarbeidet gjør det mulig å observere brukerne hele døgnet og dermed gi 24-timers rehabilitering. En annen informant uttalte at sykepleierne har det store overblikket, noe som kan sammenlignes med en koordinerende rolle.

En annen studie støtter sykepleieren som koordinator. Studien er basert på intervju med slagpasienter og deres pårørende og har sett på deres opplevelse av rehabilitering. Resultatene viste at slagpasientene ønsket en sykepleier-ledet koordinering av rehabiliteringen (18). Mine praksiserfaringer viser derimot at fysioterapeutene ofte fremstår som ledere i det tverrfaglige samarbeidet. Fysioterapeutene har gjerne mest kunnskap om fysisk funksjon og tar ofte kontrollen i forflytnings- og treningssituasjoner.

En tredje studie støtter mine praksiserfaringer. Studien viste at sykepleiere ikke nødvendigvis har en unik posisjon som koordinator (12). Mine praksiserfaringer bekrefter at flere profesjoner kan ta på seg rollen som koordinator. Observasjonene mine viser at sykepleierne og helsefagarbeiderne virket sidestilt i de aller fleste oppgaver. I tillegg hadde fysioterapeutene en viktig rolle i planlegging av konsultasjoner og timeplanen til brukerne, og hadde dermed en koordinerende rolle. Sykepleierne er likevel den profesjonen som fremstår mest allsidig og ansvarlig. Sykepleier er den eneste som må være til stede på rehabiliteringssenteret hele døgnet, mens helsefagarbeidere er med på utflukter og fysioterapeuter hovedsakelig er til stede på dagtid.

Det virker som at sykepleiere har flere roller i det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringen av slagpasienter. Samtidig kan sykepleierne dele på disse rollene med de andre profesjonene. Kompetanseoverføringen kan føre til at de ulike profesjonene gjør hverandres oppgaver. På denne måten kan kompetanseoverføring bidra til at rollene blir mer flytende og uklare, men det kan også føre til at profesjonene lærer om og av hverandre, noe som gir større vinning.

Nyere forskning har vist at tverrfaglig samarbeidslæring øker bevisstheten rundt både egen profesjon og andre helseprofesjoner. Dette førte til at profesjonene samarbeidet bedre (19). Dette stemmer med mine erfaringer fra sykepleierutdanningen. I løpet av siste studieår ble det gjennomført felles undervisning i rehabiliteringsforløp og tverrfaglig samarbeid. Ulike helseprofesjoner møttes for å samarbeide om oppgaver og det viste seg at profesjonene hadde lite kunnskap om hverandre. Dette er også omtalt i *Sykepleien*. NSF's kartlegging av rehabilitering i sykepleierutdanningen og avdekket store variasjoner mellom studiene. Videre ønsker de at sykepleiers rehabiliterende funksjon må vektlegges og styrkes i utdanningen (20).

Dette tyder på at både tverrfaglig samarbeid og rehabilitering trenger større plass i sykepleierutdanningen.

Styrker og svakheter

Denne studien har trolig flere styrker og svakheter, her diskuteres noen av dem. Studiens styrker er at datainnsamlingen ble gjennomført på min praksisplass, noe som medfører at jeg hadde god kjennskap til både stedet, brukerne og de ansatte. Dette gjorde det mulig å gjøre observasjoner og få praksiserfaringer simultant med at intervjuguiden ble utviklet og intervjuene ble gjennomført. Praksisen ble gjennomført i tospann med en medstudent og datainnsamlingen ble gjort i felleskap. Dette førte til gode refleksjoner over både intervjuene og praksiserfaringene, noe som styrker studiens reliabilitet og validitet. I praksis møtte jeg slagpasienter som var til god støtte for studien og som gjorde meg nysgjerrig på brukergruppen. Jeg ble godt kjent med de ansatte, som gjorde det enklere å rekruttere informanter, samtidig ble intervjusituasjonen mer naturlig og trygg. Før intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju, noe som styrker studiens validitet. Alle informantene hadde erfaring med å jobbe på rehabiliteringssenter og med slagpasienter. Intervjuene ble gjennomført på et stille og rolig møterom i arbeidstiden. Det var god tid til intervju da det er et lite rehabiliteringssenter. Til slutt ble det holdt en presentasjon av foreløpige funn til de ansatte, noe som styrker resultatenes validitet. Diskusjonen er forankret i nyere, relevant forskning utelukkende på slagpasienter. Alle artiklene er skrevet mellom år 2010-2020, som også styrker validiteten.

Studiens svakheter er at min mangel på forskningserfaring kan ha påvirket kvaliteten på intervju, analyse og tolkning. Intervjueren har ikke gjennomført et forskningsintervju før, noe som kan ha preget flyten i samtalen. Min egen posisjon kan ha påvirket resultatene da min erfaring med slagpasienter på slagenhet og rehabiliteringssenter vil farge mine tanker om temaet. Jeg har gjennom hele prosessen vært bevisst egen førforståelse. Det kan tenkes at forholdet til de ansatte gjennom praksis kan ha påvirket rekrutteringen av informanter, intervjuet og tolkningen av materialet. Informantene kan ha svart det de oppfatter som sosialt akseptert eller ønskelig å høre for intervjueren. Utvalget av informanter er ikke representativt, ettersom informantene besto utelukkende av norske kvinner, selv om flertallet av de ansatte var utenlandske og mange var menn. Mangel på lydopptak fra intervju gjør tolkningen mindre gyldig, ettersom intervjuet ikke kan spilles av på nytt og tonefall faller bort. Intervjuguiden inneholder to spørsmål som delvis er utelukket fra studien fordi omfanget ble for stort og relevansen til problemstillingen var for liten. Dette er to spørsmål som kunne blitt brukt mer presist og gitt utdypende svar. Spørsmålene i intervjuguiden kunne vært formulert annerledes. Formuleringene kan ha bidratt til at informantene svarte på generelt grunnlag, noe som førte til at slagpasienten ikke ble synlig.

Coronaviruset kom til både Norge og det aktuelle landet mot slutten av praksisperioden. Dette påvirket ikke datainnsamlingen til denne studien da den allerede var gjennomført. Viruset har derimot påvirket tilgangen på skole og bibliotek. Begrenset tilgang på litteratur kan særlig ha svekket kvaliteten på studien.

Konklusjon

Denne oppgaven har belyst flere sider av sykepleierens rolle i det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringen av slagpasienter. Resultatene viser at sykepleieren kan ha flere roller i det tverrfaglige samarbeidet, men at rollen kan fremstå uklar. Sykepleieren er ikke nødvendigvis en unik koordinator i samarbeidet, men har en helhetlig og viktig funksjon. Verken sykepleierne selv eller slagpasientene kan svare på hva som er den unike rollen til sykepleieren i rehabiliteringen. Kompetanseoverføring kan føre til bedre samarbeid mellom profesjonene, men kan også bidra til at ingen av profesjonene blir unike i sin rolle.

Videre trengs det mer forskning på slagpasienter i senfasen av rehabilitering, kompetanseoverføring blant helsepersonell og sykepleiers rolle i det tverrfaglige samarbeidet rundt slagpasienter. Rehabilitering og tverrfaglig samarbeid har for liten plass i sykepleierutdanningen og det er et behov for nye og klare retningslinjer for sykepleiers rolle i rehabilitering av slagpasienter.

Referanseliste

1. Thomassen L. Store medisinske leksikon [Internett]. 11. utg. Foreningen Store norske leksikon; 2019. hjerneslag; [hentet 14. april 2020]. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/hjerneslag>
2. WHO. Disease burden and mortality estimates [Internett]. Geneva: World Health Organization; April 2018 [hentet 10. mai 2020]. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
3. Loft MI, Martinsen B, Esbensen BA, Mathiesen LL, Iversen HK, Poulsen I. 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. *Disabil Rehabil.* 2019;41(4):396–404.
4. Ranhoff AH, Brodtkorb K, Kirkevold M. Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008. 519 s.
5. Hewitt G, Sims S, Greenwood N, Jones F, Ross F, Harris R. Interprofessional teamwork in stroke care: Is it visible or important to patients and carers? *J Interprof Care.* 2015;29(4):331–9.
6. Indredavik B. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. 196 s.
7. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
8. Romsland GI, Dahl B, Slettebø Å. Sykepleie og rehabilitering [Internett]. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015 [hentet 28. april 2020]. 239 s. Tilgjengelig fra: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018013048169
9. St.meld. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
10. Singh M, Hynie M, Rivera T, MacIsaac L, Gladman A, Cheng A. An evaluation study of the implementation of stroke best practice guidelines using a Knowledge Transfer Team approach. *Can J Neurosci Nurs.* 2015;37(1):24–36.
11. Aries A, Hunter SM. Optimising rehabilitation potential after stroke: a 24-hour interdisciplinary approach. *Br J Neurosci Nurs.* 2014;10(6):268–73.
12. Clarke DJ, Holt J. Understanding nursing practice in stroke units: a Q-methodological study. *Disabil Rehabil.* 2015;37(20):1870–80.

13. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter [Internett]. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012 [hentet 13. april 2020]. 257 s. Tilgjengelig fra: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2020012277040
14. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju [Internett]. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015 [hentet 30. mai 2020]. 381 s. Tilgjengelig fra: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018091205061
15. Catangui EJ, Slark J. Development and evaluation of an interdisciplinary training programme for stroke. *Br J Neurosci Nurs*. 2012;8(1):8–11.
16. Sibbald SL, Wathen CN, Kothari A, Day AMB. Knowledge flow and exchange in interdisciplinary primary health care teams (PHCTs): an exploratory study. *J Med Libr Assoc*. 2013;101(2):128–37.
17. Clarke DJ. Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. *J Clin Nurs*. 2014;23(9–10):1201–26.
18. Chen L, Xiao LD, Bellis AD. First-time stroke survivors and caregivers' perceptions of being engaged in rehabilitation. *J Adv Nurs*. 2016;72(1):73–84.
19. Stikbakke E, Hellum C, Lund S, Mamelund S, Svalund R, Nybrd I. Tverrprofesjonell samarbeidslæring økte bevisstheten om egen profesjon. *Sykepleien*. 2019;107(77506):(e-77506).
20. Brekk Lund J, Eggen K, Furelid B, Lunde TE. Sykepleierens rehabiliterende funksjon må vektlegges i utdanningen [Internett]. *Sykepleien*; 2018 [hentet 27. april 2020]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/06/sykepleierens-rehabiliterende-funksjon-ma-vektlegges-i-utdanningen>

Intervjuguide

Rehabilitering, tverrprofesjonell samhandling og helsefremming.

Informantene har mottatt informasjon om prosjektet før oppstart av intervjuet. Vi vil beskrive temaene og formålet med oppgaven, samt informere om at det er frivillig å delta, taushetsplikt og at alle opplysninger blir behandlet anonymt. Vi vil spørre om noe er uklart eller om informanten har noen spørsmål.

Intervjuet har fire temaer med fire hovedspørsmål innenfor hvert tema. Under noen av spørsmålene er det veiledende spørsmål/stikkord som kan bli stilt dersom informanten ikke sier noe om dette på egenhånd.

Innledende spørsmål:

Vi starter med noen spørsmål for å få noe bakgrunnsinformasjon om informanten:

- Hvor lang arbeidserfaring har du?
- Hvor har du jobbet før?
- Hvor lenge har du jobbet ved rehabiliteringssenteret?

Tema: Rehabilitering etter hjerneslag

1. Hvordan foregår det tverrfaglige samarbeidet rundt slagpasienter?
 - Hvilken rolle/funksjon har du (din profesjon)?
2. Har du erfaring med at det tverrfaglige samarbeidet påvirker rehabiliteringen av slagpasienter?
 - Fordeler med tverrfaglig samarbeid?
 - Ulemper med tverrfaglig samarbeid?
3. Hvordan opplever du at et opphold her påvirker rehabiliteringen av slagpasienter?
 - For eksempel med tanke på (helst spør om alle stikkordene):
 - Livskvalitet
 - Psykososialt
 - Fysisk funksjonsnivå
 - Smerter og stivhet
4. Hvordan opplever du at klimaet påvirker rehabiliteringen av slagpasienter?
 - For eksempel med tanke på (helst spør om alle stikkordene):
 - Smerter og stivhet

- Fysisk funksjonsnivå
- Psykososialt
- Andre ting

Tema: Helsefremming og psykososiale behov

1. Opplever du at du bidrar til å fremme helse ved hjelp av sosial aktivitet?
 - På hvilken måte?
 - Konkrete ting (eks utflukt og andre sosiale organiserte aktiviteter)
 - Fokus på kommunikasjon, type kommunikasjon; hva erfarer du at du kan bidra med for å fremme helse.
 - Har du erfart at sosiale aktiviteter bidrar til helsefremming? (hvordan kan du se dette hos pasienten? Observerte endring i livsglede ilt oppholdet?) Gjerne kom med eksempler.
2. Kan du fortelle litt om hvordan brukerne opplever det sosiale ved rehabiliteringssenteret?
 - Erfaringer.
 - Gjerne utdyp.
 - Positivt og negativt.
 - Opplever du at noen brukere kan føle press på å være sosial?
3. Hva er din rolle når det gjelder å kartlegge og ivareta det psykososiale behovet til brukerne?
 - Din funksjon
 - Din rolle med fokus på yrkestittel.
4. Hvordan vil du si at det tverrfaglige teamet ivaretar det psykososiale behovet til brukerne?
 - Gjerne utdyp hva temaet gjør som helhet
 - Reflekterer dere rundt det psykososiale hos brukerne på tverrfaglig møte?

Tema: Rehabilitering i et varmere klima

1. Hva har du erfart at er den viktigste årsaken til at brukere velger dette rehabiliteringssenteret?
 - Klima er en av dem, men hva kan være andre årsaker?
 - Sosial del
 - Sol og lys
2. Hvilke erfaringer har du med klimaets innvirkning på rehabilitering hos eldre?
 - Er de mer fysisk aktiv her?
 - Hva med livsglede/livskvalitet?
 - Er smertene redusert her i forhold til hjemme?
3. Hva har du erfart både fordeler og ulemper med rehabiliteringen her forhold til i Norge?

- Klima er en positiv/ faktor, men er det andre fordeler eller ulemper? (reise?)
 - Hva kan være utfordrende for brukere på rehabiliteringssenteret?
 - Trygghet? Er de trygge her?
4. Erfarer du at brukere er nok motivert for å fullføre rehabiliteringen?
- Er brukere positiv til å fullføre behandling eller mer passiv?
 - Vet du om brukere klarer å opprettholde rehabilitering hjemme etter opphold?
 - Hva med mestring?

Tema: Helsefremming og kroniske smerter

1. Hvilken erfaring har du på nytteverdi av rehabilitering av pasienter med kroniske smerter?
 - a. Opprettholdelse av god livskvalitet til tross for smertene?
 - b. Kan du utdype dette?

2. Hva er fokuset for deg (og din profesjon) for å fremme helsen til pasienter med kroniske smerter?
 - a. Kan du utdype dette litt mer?
 - b. Hvis det ikke nevnes: hva gjør sykepleier som ikke fysio eller helsefag gjør?

3. Kan du fortelle litt om arbeidsmetoden her, hvordan dere tilnærmer dere brukerne, for å bedre livskvaliteten til pasienter med kroniske smerter?
 - a. Kan du utdype/konkretisere dette?

4. Kan du fortelle litt mer om betydningen av tverrfaglighet for å nå målsettingen med pasienten?
 - a. Konkretiser hvordan det jobbes tverrfaglig, jobbes sammen
 - b. Prøv å kom inn på kompetanseoverføring? som eks trappetrening på ettermiddag

Informasjon om forskningsprosjekt: rehabilitering, tverrprofesjonell samhandling og helsefremming. Våren 2020

Vi er fire bachelorstudenter fra sykepleierutdanningen ved NTNU som skal skrive bacheloroppgave om temaene rehabilitering, tverrprofesjonell samhandling og helsefremming. Vi skriver selvstendige oppgaver og har dermed ulike problemstillinger. Forskningsprosjektet er et samarbeid mellom NTNU og rehabiliteringssenteret. For å gjennomføre prosjektet vil vi ha semistrukturerte intervju med spørsmål om temaene nevnt ovenfor.

Hvem ønsker vi å intervju?

Etter fire uker på rehabiliteringssenteret har vi valgt oss ut en tverrfaglig gruppe vi ønsker å intervju. Deltakelsen er frivillig. Det er ønskelig med en sykepleier, en helsefagarbeider og en fysioterapeut og en leder. Vi har forespurt ansatte på grunnlag av ulik aldersgruppe og arbeidserfaring. Beslutningen bygger på at vi ønsker variasjon og tverrfaglighet i utvalget informanter.

Intervjuene

Intervjuene vil gjennomføres i løpet av 40-50 minutter, og vil foregå i arbeidstiden. Du vil få dato og klokkeslett på forhånd. To til fire studenter deltar på intervjuet, en intervjuer og de andre noterer og kommer med innspill. All informasjon som blir sagt behandles anonymt, og bacheloroppgavene vil ikke bli publisert.

Resultatene av prosjektet vil bli presentert i uke 11.

Ved ønske om ytterligere informasjon om prosjektet kan du kontakte:

Veileder <navn>

Vedlegg 3: Samtykkeskjema



Samtykkeskjema for deltakelse i forskningsprosjektet «rehabilitering, tverrprofesjonell samhandling og helsefremming» Våren 2020

Vi er fire sykepleiestudenter fra NTNU som skal skrive bacheloroppgave, og ønsker derfor informanter til å delta i forskningsprosjektet. Temaene vi skal skrive om er rehabilitering, tverrprofesjonell samhandling og helsefremming. Forskningsprosjektet er et samarbeid mellom NTNU og rehabiliteringssenteret. For mer informasjon om prosjektet, se informasjonsskriv.

Jeg samtykker til å delta på forskningsprosjektet
