



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleiere og tverrfaglig samarbeid

Nurses and interdisciplinary collaboration

Shareeta Halonen og Cecilie Caroline Michelsen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 58

Molde, 18.11.2011



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Jeanette Varpen Unhjem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 17.11.11

Antall ord: 11558

Sammendrag

Bakgrunn: Tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for og nå felles mål. Sykepleiere har allerede i dag en viktig rolle i det tverrfaglige samarbeidet, og med utfordringene innen helsevesenet i fremtiden er det sannsynlig at sykepleiere vil få økt ansvar og nye roller. I litteraturstudien belyses sykepleiers rolle i og erfaring med tverrfaglige team. Pasienter som er utsatt for hjerneslag har ofte sammensatte behov der bruk av tverrfaglige team er mye brukt og hensiktsmessig. Slagenhet i sykehus er derfor valgt som kontekst for studien.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleiers rolle i et tverrfaglig samarbeid rundt pasienter i rehabiliteringsfase etter hjerneslag.

Metode: Litteraturstudie basert på 12 forskningsartikler, 9 kvalitative og 3 kvantitative.

Resultat: Sykepleierne hadde sentrale roller innen det tverrfaglige teamet. De hadde en unik mulighet til å observere og samhandle med pasienten siden de var til stede 24 timer i døgnet. Sykepleierne viste seg å spille en nøkkelrolle innenfor koordinering innad i teamet, dette hadde sammenheng med at de hadde hovedansvaret for å gi den grunnleggende pleie, og derfor hadde en unik mulighet til å kartlegge og formidle pasientens situasjon og behov til de andre i teamet. I tillegg til dette så viser funnene at å arbeide i det tverrfaglige teamet kunne oppleves som svært utfordrende for sykepleieren, og de erfarte tidspress og rollekonflikt i teamet.

Konklusjon: Sykepleieren er en nøkkelperson i det tverrfaglige rehabiliteringsteam i slagenheten. Sykepleiers mangesidige funksjon er viktig for og nå felles mål. Det å jobbe i et tverrfaglig team i en rehabilitering byr også på mange utfordringer og det kan oppstå konflikter for sykepleieren. Nøkkelen til å kunne oppnå felles mål, forutsetter godt samarbeid og avklarte roller. En slik situasjon gir et tverrfaglig team som fungerer for alle faggrupper og ikke minst for pasienten. Jo mer man utfordrer og diskuterer for felles mål, blir det lettere og nå et mål med god kvalitet.

Nøkkelord: Hjerneslag, rehabilitering, tverrfaglig team, sykepleiers rolle/funksjon/ erfaringer og slagenheten.

Abstract

Background: Interdisciplinary teamwork is teamwork aiming for an integrated approach to reach a common goal. Nurses already play an important role in interdisciplinary cooperation, and the challenges of health care in the future, such as interaction reform. It is likely that nurses will have increased responsibility and new roles to play. The studies explore nurse's role in, and experience with, interdisciplinary teams. Patients prone to stroke often have complex needs where the use of multidisciplinary teams are both appropriate and widely used. The Stroke Unit in a hospital has been selected as a case study.

Purpose: The aim of the study was to examine nurses role in an interdisciplinary cooperation around patients in the rehabilitation phase after stroke.

Method: Survey of literature, based on 12 research articles: 9 qualitative and 3 quantitative.

Results: The nurses had a central role in the interdisciplinary team. They had a unique opportunity to observe and interact with the patient, as they were present 24 hours a day. The nurses were found to play a key role in the coordination within the team, as they hold the primary responsibility to provide basic care, and therefore had a unique opportunity to identify and communicate the patient's situation and needs of others in the team. In addition, the findings show that working in the interdisciplinary team could be seen as very challenging for the nurse and the experienced time pressure and role conflict within the team.

Conclusion: The nurse is a key actor in the interdisciplinary rehabilitation team in the stroke unit. The nurse's multifunctional role is important in order to achieve the common goal. To work within a interdisciplinary team in rehabilitation offers many challenges and can create conflict of nurses. The key to achieving common goals requires cooperation and clarifying roles. Such a situation allows an interdisciplinary team that works for all disciplines and not least for the patient. The more you challenge and discuss common goals, the easier it becomes to achieve goals with high quality.

Keywords: Stroke, rehabilitation, interdisciplinary teams, role and function of the nurse, experiences, stroke unit.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt	2
1.3 Problemstillinger	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Tverrfaglig samarbeid	3
2.2 Sykepleiers rolle og funksjon.....	4
2.3 Hjerneslag	7
2.4 Rehabiliteringsfasen.....	7
3.0 Metode	10
3.1 Goodmans syv steg	10
3.1.1 Spesifisere forskningsproblemet	10
3.1.2 Spesifisere inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
3.1.3 Formulere en plan for litteratursøkingen Identifisere tilgjengelige ressurser	11
3.1.4 Litteratursøkingen gjennomføres og inkluderte studier samles	14
3.1.5 Tolke bevisene fra de individuelle studiene.....	15
3.1.6 Innsamling av resultater	16
4.0 Resultat	18
4.1 Sykepleier er en nøkkelperson i tverrfaglig samarbeid.....	18
4.2 Grunnleggende sykepleie var sentral i sykepleiers funksjon i teamet	19
4.3 Sykepleiers erfaring i tverrfaglig samarbeid	20
4.4 Travle dager og nedprioriteringer	22
5.0 Diskusjon	23
5.1 Metodediskusjon	23
5.2 Resultatdiskusjon	27
5.2.1 Sykepleier som nøkkelperson	27
5.2.2 Grunnleggende sykepleie	28
5.2.3 Tverrfaglig samarbeid	30
5.2.4 Arbeidsmengde	33
6.0 Konklusjon:	35
Litteraturliste	37
Vedlegg 1	1
Vedlegg 2	3
Vedlegg 3	10
Vedlegg 4	12
Vedlegg 5	13

1.0 Innledning

Litteraturstudien omhandler tverrfaglig teamarbeid med pasienter som er rammet av hjerneslag, og innlagt på sykehus i rehabiliteringsfasen. Alle typer pasienter som rammes av hjerneslag, f.eks. hjerneinfarkt, hjerneblødning, etc. er inkludert fordi alle disse pasienter som regel trenger tverrfaglig vurdering og rehabilitering for å oppnå optimal rehabilitering fra sykdommen sin. Det er valgt sykepleiers perspektiv, fordi dette trolig vil belyse sykepleiers rolle i det tverrfaglige samarbeidet og vise hvordan sykepleier opplever å være en del av et team som bistår pasienten i rehabiliteringsprosessen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I litteraturstudien ønsker vi å fokusere på hvordan sykepleiere fungerer i et tverrfaglig team på sykehus med pasienter som er rammet av slag. Det er viktig for utviklingen av sykepleiefaget å belyse hvilke klassiske utfordringer sykepleiere møter. Sykepleiere samarbeider med mange ulike yrkesgrupper rundt mange forskjellige pasientgrupper. Pasienter som rehabiliteres etter hjerneslag er en av pasientgruppene som ofte følges opp av tverrfaglige team hvor sykepleieren inngår. Derfor er dette valgt som kontekst for å belyse hvordan sykepleier kan bidra i et tverrfaglig team. Litteraturstudien ønsker å synliggjøre at sykepleier har en viktig rolle i det tverrfaglige teamet.

Sykepleiere kan møte slagpasienter både i sykehuset, rehabiliteringssenter, i hjemmet og andre institusjoner. Hjerneslag er ikke bare skade av hjernen, det påvirker hele pasientens fysiske og psykiske helse. Pasienten med akutt hjerneslag har behov for øyeblikkelig hjelp-innleggelse, behandling og rehabilitering i sykehuset. Slag er som regel forbundet med høy alder, og på grunn av befolkningsutviklingen med en stadig økende andel eldre personer, vil antall hjerneslag sannsynligvis øke betydelig fram mot 2030. Hjerneslag vil således bli en økende utfordring for samfunn og helsevesen (Wekre og Vardeberg 2004).

På verdensbasis rammes hvert år 15 millioner mennesker av hjerneslag. I Norge rammes hvert år ca 15000 personer. Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken og den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemning her i landet. Etter et hjerneslag vil om lag en tredjedel gjenvinne full eller tilnærmet full funksjon og en tredjedel vil dø. Den siste

tredjedelen vil ha en varig funksjonshemming som påvirker dagliglivets aktiviteter og kan medføre avhengighet av andre. Mange av de som overlever hjerneslaget vil derfor trenge rehabilitering og mange vil være avhengig av hjelp og støtte av andre mennesker og av samfunnet. For å redusere skadene og dødeligheten blant slagrammede er det viktig med effektiv slagbehandling og det forutsetter et godt tverrfaglig teamsamarbeid (Helsedirektoratet 2010).

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleiers rolle i et tverrfaglig samarbeid rundt pasienter i rehabiliteringsfase etter hjerneslag.

1.3 Problemstillinger

Hvilken funksjon har sykepleieren i det tverrfaglige team i slagenhet?

Hvilke erfaringer har sykepleiere med tverrfaglig samarbeid rundt pasienter som har hatt hjerneslag?

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet defineres tverrfaglig samarbeid og teamarbeid, samt sykepleieres roller og funksjon. Fakta om hjerneslag blir presentert og rehabiliteringsprosessen beskrives.

2.1 Tverrfaglig samarbeid

Den viktigste faktoren for en god rehabilitering er at den slagrammede får tilgang til et koordinert opplegg i et spesialisert tverrfaglig team. I tverrfaglige team kombineres flere fagdisipliner: leger, medisin, sykepleier, fysioterapi, og ergoterapi, sammen med tjenester innen psykologi, undervisning og yrkesmessig atferd med videre. Rehabilitering av pasienter med hjerneslag kan involvere mange faggrupper avhengig av omfang av utfall og alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet 2010).

Med tverrfaglige samarbeid menes en form for samarbeid der ulike kompetanser er nødvendig for å løse oppgavene tilfredsstillende. Tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for og nå felles mål. Felles mål krever at man går på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrensener når man fordeler arbeidsoppgaver. Det sentrale i tverrfaglig samarbeid er evnen til fleksibilitet, til å arbeide mot felles mål og respekten for den enkeltes kompetanse i denne prosessen. Beslutninger tas i felleskap, og sykepleierens rolle blir da ikke å koordinere, men mer å administrere (Bredland, Lange og Vik 2002).

Sykepleierens ansvar blir da i denne sammenheng:

- Å administrere det totale tilbudet til den enkelte pasient.
- Å invitere til/ fremelske dette samarbeidet i kulturen
- Å bearbeide sine medarbeidere til å se på tverrfaglig samarbeid som utviklende.

(Jakobsen 2005,157)

Tverrfaglig samarbeidet er ikke bare kvalitet i seg selv, det kan skape konflikter, som er unødig bruk av ressurser og krefter i en allerede presset helsetjeneste (Jakobsen 2005).

Helsepersonalet må være i stand til å vurdere hvilke pasienter som har størst behov for tverrfaglig samarbeid, og når flerfaglig samarbeid er mer relevant. Når situasjonen er sammensatt eller uavklart har man behov for tverrfaglig samarbeid. Dette kan skje i rehabiliteringsprosess eller når pasientens situasjon må endre seg raskt. Gjennom å anlegge et tverrfaglig perspektiv på pasientens situasjon ses mennesket som en helhet, og de ulike sidene ved pasientens livssituasjon blir sett i sammenheng. Dermed reduseres faren for at problemstillingen forenkles, og for at feil tiltak blir valgt. Det forventes at tverrfaglig innsats gir et bedre resultat enn om hver av yrkesgruppene løser sin del oppgaver hver for seg. Hver yrkesgruppe må ha de overordnede målene for øyet og tilpasse sin egen yrkesgruppes delmål ut fra disse. Det tverrfaglige samarbeidet må ta utgangspunkt i en helhetlig plan for pasientens og familiens livssituasjon og samlede behov. Tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid som helhetlig tilnærming til pasientens livssituasjon. Med utgangspunktet i felles problemforståelse og felles mål utvikles en konkret handlingsplan, der enkelte yrkesgruppene sammen bidrar til å utforme tiltakene. De skal påvirke hverandre og forsterke hverandres tiltak. Tverrfaglig samarbeid beveger seg utover virksomheten av avgrensede fagfelt. Det tverrfaglige samarbeidet utgjør en videre og rikere base for å generere ideer. Hver yrkesgruppe yter likeverdig bidrag til samarbeidet, ikke nødvendigvis samtidig, men handlingene er koordinert i fellesskap og utøves slik at siktemålet er å oppnå det en har blitt enig om som et felles mål (Kristoffersen og Nortvedt 2005).

2.2 Sykepleiers rolle og funksjon

I litteraturstudien oppleves det at begrepene rolle og funksjon kan gå i hverandre og derfor blir det her forsøkt å klargjøre forskjellen på disse begrepene.

Rolle: uskrevne regler og mønstre for oppførsel og handlemåte som knytter seg til en bestemt sosial posisjon eller status (Berulfsen og Gundersen 2003).

Funksjon: virksomhet, gjøremål, tjeneste, oppgave, livsfunksjon (Berulfsen og Gundersen 2003).

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson fremhever at pasienten har krav på pleie og omsorg ut fra egne forutsetninger. Sykepleierens rolle er i stor grad avhengig av de

rammer og situasjoner sykepleien foregår innenfor. Sykepleiefunksjonen vil variere ut i fra hvordan sykepleien er organisert ved ulike institusjoner. I noen sammenhenger vil sykepleier måtte overta funksjoner fra andre helsearbeidere for å sikre at pasienten får dekket sine grunnleggende behov. Det vil ofte være glidende overganger mellom de ulike profesjoners roller og funksjoner, og sykepleier vil derfor måtte kunne utføre oppgaver som ikke nødvendigvis anses som naturlige sykepleieoppgaver (Henderson 1998).

Virginia Henderson foreslår følgende definisjon på sykepleierens spesielle funksjon:

Sykepleiens særegne funksjon er å hjelpe individet, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse eller til en fredfull død, noe han ville gjort uten hjelp hadde han hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson 1998, 10).

Sykepleierens funksjon og ansvarsområder:

- Forebyggende oppgaver
- Medansvar for behandling
- Lindrende oppgave
- Rehabiliterende og habiliterende oppgaver
- Undervisning og veiledning til pasienter og pårørende
- Administrasjon og ledelse
- Fagutvikling og forskning

(Jakobsen 2005, 32).

Sykepleieres funksjon er svært omfattende og den kan være forskjellig ut fra hvor i helsetjenesten man arbeider. Målet for sykepleieren er at man har egne ansvarsområder, man skal utføre oppgaver gitt av legen og man skal kunne delegerer oppgaver videre i avdelingen. Som sykepleier har man ansvar og medansvar for å ivareta, forebygge, lindre og rehabiliterer. Man har også som ansvarsområde å være en støttespiller for pårørende. Med dette ligger også undervisning og veiledning, ikke bare for pårørende og pasienter men også for studenter og medarbeidere. Sykepleieren skal kunne planlegge, administrere og evaluere sitt arbeid og kunne lede sykepleien. Man skal også kunne ha ansvar for flere pasienter samtidig (Jakobsen 2005).

Det at sykepleieren er til stede gjennom hele døgnet og hele uken, gjør sykepleierens innsikt, kunnskap og holdninger avgjørende for rehabiliteringsresultatet, ved at pasienten unngår komplikasjoner og ikke mister motet underveis. Det er identifisert fire funksjoner i rehabilitering av slagpasienter som oppsummerer sykepleierens spesielle oppgaver: Sykepleieren har en fortolkende funksjon, en støttende funksjon, en integrerende funksjon og en bevarende funksjon. Sykepleieren er en viktig del av tverrfaglige behandlings team (Kirkevold 2010).

Sykepleierens fortolkende funksjon er å hjelpe pasienten og de pårørende, fra kaos til større oversikt og klarhet i den nye livssituasjonen. Det vil si å hjelpe pasienten til å se sine ressurser og begrensninger og skape realistiske forventninger. Også å hjelpe pasienten til å se rehabiliteringen i et tidsperspektiv (Kirkevold 2010).

Sykepleierens støttende funksjon er å skape tillit og trygghet og å opprettholde håp. Å tilpasse aktivitetene og utfordringene i rehabilitering, slik at pasienten opplever mestring. Også støtte pasienten for å styrke sitt selvbilde, verdighet og motivasjon til å opprettholde sitt sosiale nettverk (Kirkevold 2010).

Sykepleierens bevarende funksjon er å ivareta pasientens grunnleggende behov og bidra til at den fysiske og psykiske energi opprettholdes. Skape balanse mellom aktivitet og hvile, gi helhetlig pleie og omsorg og forebygge komplikasjoner (Kirkevold 2010).

Sykepleierens integrerende funksjon er å hjelpe pasienten til å forstå hensikten med den døgkontinuerlige behandlingen. Her er sykepleieren pasientens talsperson og bindeledd opp mot tverrfaglig team i behandlingsskjeden (Kirkevold 2010).

Sykepleiere anvender sin kunnskap ut i fra hvilken situasjon hun/han er i. Kunnskapene som blir brukt i handlingene kan være vanskelig å se. Det man som sykepleier gjør er vanskelig å måle og definere. Med kvalitet i sykepleie krever det en sykepleier som er bevisst på sykepleiefagets innhold og mål, man må ha felles verdier og mål, man er med på å utvikle faget i alle deler av feltet og man utfører handlinger i samsvar med de felles verdier og mål. I sykepleietjenesten møter man både friske og syke som trenger sykepleie, man har en ekstrem fleksibilitet, man er grenseløs og har en tilpasningsevne som gjør det

vanskelig og passe sykepleierne inn i en økonomisk målbåret. Man skal utføre en kvalitetssikret sykepleie. Og kunne begrunne den med forskningsbasert kunnskap. Som sykepleier møter man pasienter og man må vurdere situasjoner, man må ta beslutninger om handling, man må samarbeide og evaluere effekten av handlingen. Dette krever bruk av ulike kunnskaper og det krever fagkompetanse. Denne kunnskapen er allmenn og unik (Jakobsen 2005).

2.3 Hjerneslag

Det finnes flere typer slag. Hjerneslag er en fellesbetegnelse på blødning fra hjernens blodårer (hjerneblødning) og på blodpropp som hindrer blodgjennomstrømningen til hjernen (hjerneinfarkt). Hjerneslag omfatter hjerneinfarkter 85-90 % og hjerneblødninger (intracerebrale blødninger) 10-12 %. I tillegg kommer hjernehinneblødninger (subarachnoidal blødninger) 3-5 % (Helsedirektoratet 2010, Jacobsen 2009).

Motoriske funksjonsproblemer er det vanligst forekommende problem hos slagpasienter. Pasienten får pareser i arm, hånd eller bein, redusert trunkal kontroll med redusert sittebalanse. Motorisk funksjon kan påvirkes ved opptrening. Dette er den beste behandlingsform for denne pasientgruppen. Om lag 20 % av alle pasienter som rammes av slag får afasi pga reduksjon i bevissthet, kommunikasjon eller kognisjon. Og om lag 10 % av pasientene har neglektssymptomer som vedvarer utover noen måneder. Dysartri rammer 40 % av slagrammede, og vil si at de har utydelig tale i akutfasen, mesteparten opplever bedring i løpet av de første 2-6 uker. Dette blir ofte bedre ved trening, og behandling av logoped (Jakobsen 2009, Wekre og Vardeberg 2004).

2.4 Rehabiliteringsfasen

Et hjerneslag kan gi forskjellige funksjonsutfall avhengig av hvor i hjernen skaden inntreffer og hvor omfattende blødningen eller infarkt er. Tidlig innsettende behandling kan begrense skadeomfanget og tidlig innsettende stimulering/rehabilitering kan fremme reparasjons og bedringsprosessen (Helsedirektoratet 2010).

Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at slagrammede skal komme i kontakt med slagenheten i akutfasen. Rehabilitering av slagrammede pasienter bør komme i gang så

raskt som mulig. Å nå pasientene i en akutfase er essensielt for å kunne gjenopprette så mange kroppsfunksjoner som mulig (Helsedirektoratet 2010).

Rehabilitering skjer etter individuelle målrettede planer. Men verdier, roller og verdighet er individuelle forhold og kan ikke generaliseres. Derfor kan ikke rehabilitering gjennomføres som standardiserte pakkedøsning (Bredland, Linge og Vik 2002, 35).

I den akutte fase (ofte definert som det første døgn) og den sub akutte fase (perioden fra andre dag til to-tre uker) bør behandling og rehabilitering organiseres i en spesialenhet- en slagenhet. Ideelt sett bør behandlingstiden i en slagenhet vare fra ti til tjue dager. De fleste pasienter som overlever et hjerneslag, vil oppleve en bedring i nevrologiske utfall og funksjonsnivå. Alle pasienter bør som hovedregel mobiliseres ut av senga i løpet av det første døgnet. Tidlig mobilisering har vist å kunne redusere komplikasjoner og fremme funksjonell bedring (Wekre og Vardeberg 2004).

Rehabiliteringen av pasienten etter hjerneslag starter allerede i akutfasen ved innleggelse i sykehuset og videre i hjemmet etter behandling i en slagenhet. For pasienter med alvorlige utfall eller funksjonssvikt vil det være aktuelt med videre opptrening i en rehabiliteringsavdeling i sykehus (Helsedirektoratet 2010).

Et grunnleggende prinsipp i slagenhet er at rehabiliteringstiltak og funksjonstrening igangsettes samtidig med akutt behandling, utredning og observasjon. En del pasienten som rammes har bevissthetsreduksjon de første døgnene etter hjerneslaget som følge av ødem i deler av hjernen nær ved det skadde området. Hevet hode og overkropp, eventuelt mobilisering opp i sittende stilling, er enkle tiltak som kan redusere ødem/trykk, og hos noen pasienter fører til bedring i bevissthetstilstanden (Wekre og Vardeberg 2004).

Hjernen har stor evne til reorganisering etter et hjerneslag. Gjenopptrening av tapte funksjoner er en læreprosess. Det viktigste for å utvikle og tilpasse sammensatte handlinger er stimulering ved berøring, stillingsendring og bevegelse. Pasienten lærer best ved å berøre og være i fysisk kontakt med omgivelsene, fordi nervesystemet lærer ved å handle. Rehabilitering etter hjerneslag er avhengig av et tett tverrfaglig samarbeid med felles målsetting. Det innebærer en tilpasning og samkjøring av fagpersoners tiltak gjennom kontinuerlig kommunikasjon. Hver faggruppe har visse funksjonsområder felles

med andre, og oppgaver som også andre kan ivareta. I tillegg har hver faggruppe sine områder der de har ekspertise, og oppgaver som bare de kan utføre(Almås 2010).

For slagpasienten betyr rehabiliteringsprosessen en personsentrert, målrettet prosess som begynner første dag etter slaget. Målet er å forbedre funksjon og hindre tap av funksjonsevne, og å oppnå høyest mulig grad av uavhengighet, fysisk, psykisk, sosialt og ervervsmessig. Rehabilitering handler ikke alene om trening og gjenvinning av fysisk funksjon, men også om å venne seg til en ny livssituasjon samt reintegrering av personen i samfunnet (Helsedirektoratet 2010).

3.0 Metode

En metode forteller om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Den hjelper oss å samle inn data ved hjelp av ulike undersøkelser. Det er viktig at man velger en metode som har relevans for problemstillingen, slik at man får svar på det man ønsker å undersøke. Å være metodisk stiller krav til at vi tenker og systematiserer våre tanker (Dalland 2007).

Retningslinjer fra Høgskolen i Molde krever at bachelor i sykepleie skal være en litteraturstudie. Willmann, Stolz og Bahtsevani (2006) beskriver at en litteraturstudie innebærer å systematisk søke etter, granske og kritisk bedømme litteratur som er relevant for studiens formål.

3.1 Goodmans syv steg

I denne litteraturstudien har vi valgt å bruke Goodmans syv ulike steg. Det er en metode innenfor helseområdet, for å systematisk finne og granske vitenskapelig litteratur. (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006)

3.1.1 Spesifisere forskningsproblemet

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse sykepleiers rolle i et tverrfaglig samarbeid rundt pasienter i rehabiliteringsfasen etter hjerneslag. Ut i fra denne hensikten ble det valgt å undersøke sykepleiers oppgaver og erfaringer i det tverrfaglige teamet. Dette kan bidra til å klargjøre sykepleiers oppgaver innad teamet.

Vi valgte å lage to problemstillinger:

1. Hvilken funksjon har sykepleieren i det tverrfaglige team i slagenhet?
2. Hvilke erfaringer har sykepleiere med tverrfaglig samarbeid rundt pasienter som har hatt hjerneslag?

3.1.2 Spesifisere inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Det tverrfaglige arbeidet i rehabiliteringsfasen
- Sykehus/slagenhet
- Subakutt fase
- Sykepleieperspektiv
- Refereevurderte artikler (vedlegg 4) Originalartikler
- Norske, danske, svenske og engelske forskningsartikler
- Forskningsartikler som tar etiske hensyn

Eksklusjonskriterier:

- Forskningsartikler som er publisert før 2005
- Review artikler
- Forskningsartikler med lav kvalitet
- Forskningsartikler fra U-land

I dette litteraturstudiet ble det valgt å ikke avgrense alder og kjønn for denne pasient gruppen. Fokuset var på sykepleiers oppgave i det tverrfaglige samarbeidet og erfaringer sykepleiere gjør seg i et tverrfaglig team. Det ble valgt å forholde seg til sykepleieperspektivet, for at vi som sykepleiere skal forstå og vite hvilken rolle vi har i det tverrfaglige teamet. I litteraturstudiet ble det inkludert både kvalitativ og kvantitative forskningsartikler. Dette kunne gi flere artikkeltreff, og også styrke oppgaven. For at forskningen skulle være mest mulig oppdatert, måtte forskningsartiklene være fra 2005 til 2011. Alle forskningsartiklene som ble brukt i litteraturstudien vår, var refereevurderte. Dette ble gjort på norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste i tidsskrift for refereevurdering av forskningsartikler. Alle forskningsartiklene var på nivå 1 og 2.

3.1.3 Formulere en plan for litteratursøkingen. Identifisere tilgjengelige ressurser

Først leste vi oss opp på temaet "hjerneslag", og ble enige om hvilken retning studiet skulle ta. Datasøkingen startet januar 2011. I starten var det vanskelig og finne de rette søkeordene, og hvordan vi skulle bruke de ulike databasene. Før søkeprosessen startet ble

det holdt undervisning i litteratursøk. Det ble tildelt en veiledningstime med bibliotekar ved høyskolen i Molde. Dette gav et godt grunnlag i søkeprosessen. Bibliotekaren bidro med hjelp og veiledning under denne prosessen. Etter flere prøvesøk i de forskjellige databasene på skolen, og forskjellige treff, ble den endelige problemstillingen formulert, og søk etter relevant forskning kunne starte.

Identifisere relevante kilder

På Høgskolen i Molde brukte vi databasene

- Ovid Medline (Ovid British Nursing Index, Ovid Nursing database)
- ProQuest
- SveMed+

Det var disse databasene bibliotekaren introduserte.

Artiklene som ikke var i fulltekst kunne bestilles gratis igjennom BIBSYS. For å kunne sitte hjemme å søke etter forskningsartikler, måtte helsebibliotekets hjemmesider brukes. Der måtte vi registrere oss for å kunne få tilgang. Det ble brukt kun de forskningsartiklene som var i fulltekst. Alle forskningsartiklene som var aktuelle, var på engelsk og måtte oversettes

Avgrense forskningsproblemet og fastsette hovedtrekkene

Litteraturstudien startet med at det ble fylt inn søkeord i PICO-skjemaet (Nortvedt, et al 2008). Dette fikk vi noe hjelp til av bibliotekaren, slik at søkene ble begrenset. Ved bruk av PICO-skjemaet (Nortvedt et al. 2008) fikk vi en god oversikt over søkeordene og ikke minst gode søk som hjalp oss til å finne forskningsartikler som var relevante for vår problemstilling. PICO ble etter hvert eliminert til PIO. Dette for at det ikke ble plassert noen ord i kolonne C.

Først ble det søkt på ordet stroke, men dette var et omfattende tema. De søkeordene som gav flest relevante treff var: stroke, nursing role, rehabilitation, interdisciplinary OR/crossprofessional/multiprofessional/multidisciplinary, function, og experiences. Som ble kombinert med AND eller OR.

PI(C)O skjema

P (pasient gruppe)	I (Intervensjon)	O (Outcome)
Stroke* Thrombolysis stroke Brain haemorrhag Apoplexia cerebri Brain stroke	Nurs* Rehabilitat* Rehabilitation Interdisciplinary Crossprofessional Multidisciplinary Multiprofessional Care Team Stroke Nurs Apoplexy, Nurs	Function* Nurses function Experiences* (perspective*view* attitude*) Nursing role Rehabilitation
Slag Trombolyse Hjerneblødning Hjerneslag	Sykepleier Rehabilitering Tverrfaglig Crossprofesjonelle Multiprofesjonelle Omsorg-teamet Slagsykepleier Apopleksi, Sykepleier	Funksjon Sykepleiere funksjon Erfaringer Sykepleie rolle Rehabilitering

Ved søk i OVID databaser ble det brukt MeSH termer. Dette ga nye søkeord som ga flere treff på relevante forskningsartikler. Det kan være ulike MeSH termer for de ulike Ovid databasene (se vedlegg 1).

For å jobbe mest mulig effektivt, valgte vi å søke hver for oss. Det ble opprettet en konto i Ovid, der alle søkene ble lagret på en felles side som Ovid hadde tilgjengelig i sine databaser. Der måtte vi registrere oss for å få tilgang. Dette ga muligheten til å gå tilbake å finne ut hvilke søk som ble gjort og finne tilbake til søkehistoriene. Vi møttes jevnlig slik at vi kunne gi hverandre råd og hjelp.

Utvikle en søkestrategi for hver database

De ulike databasene hadde forskjellige søkemotorer og vi måtte sette oss inn i hvordan vi skulle søke i de forskjellige databasene. Ikke alle databasene var like enkle å bruke. De mest brukte databasene var Ovid Medline og ProQuest. Ved bruk av trunkeringstegn(* Ovid Medline), MeSH termer og kombinere søkeord med **AND** og **OR** fikk vi færre, men mer relevante treff.

Det ble brukt for eksempel: stroke, **AND** nursing role **AND** multiprofessional **OR** multidisciplinary (vedlegg 1).

3.1.4 Litteratursøkingen gjennomføres og inkluderte studier samles

Søkingen startet i januar 2011. Tittelen ble lest først, deretter sammendraget, for å se om forskningsartiklene virket relevante. Deretter ble sammendraget til de aktuelle titlene lest for å se om de var aktuelle i forhold til våre problemstillinger. De forskningsartiklene som virket relevante ble søkt opp i fulltekst for å lese igjennom forskningsartiklene og se om de fortsatt var aktuelle. Forskningsartiklene som ikke fantes i fulltekst ble bestilt igjennom BIBSYS. Det tok opp til en uke før de kunne hentes på biblioteket. Deretter ble de lest og vurdert om de skulle videre granskes eller forkastes.

Da alle de relevante forskningsartiklene var samlet, ble de fordelt imellom oss. Deretter ble det skrevet sammendrag av de relevante forskningsartiklene, og vi møttes for å avgjøre hvilke av de som var aktuelle. Etersom alle forskningsartiklene var på engelsk, gikk vi igjennom forskningsartiklene flere ganger, for å være helt sikre på at vi ikke hadde feiltolket innholdet. Ordliste ble laget med de mest brukte ordene som gikk igjen i de forskjellige forskningsartiklene. Dette for å gjøre jobben lettere med å forstå og granske innholdet.

Etter avsluttet søk, var det 20 forskningsartikler som virket relevante. Deretter ble alle grundig gjennomlest, og gransket, for å ekskludere de forskningsartiklene som ikke passet til hensikten og problemstillingene. Grunnen til at forskningsartiklene ikke skulle være eldre enn 2005 var for å unngå at de var basert på eldre forskning. Likevel ble det valgt å inkludere to eldre forskningsartikler, en fra 2002 (Long et al. 2002), og en fra 2003 (Long, Kneafsey og Ryan 2003) som belyste sykepleiers rolle, funksjon og erfaring innad i det tverrfaglige teamet. Funnene i disse to eldre artiklene samsvarte i forhold til våre egne erfaringer i jobb og praksis på slagenhet og samarbeid i tverrfaglig team. I tillegg til at mange av funnene i nettopp disse forskningsartiklene, gikk igjen i flere av de nyere artiklene. Vår konklusjon med å inkludere de ble dermed styrket. Disse ble også kvalitetsbedømt til grad 1.

3.1.5 Tolke bevisene fra de individuelle studiene

Det ble valgt å bruke kvalitetsbedømmingsskjemaene til Willman, Stoltz og Bahtsevani for kvantitative og kvalitative metoder (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Disse skjemaene var oversiktlige og brukervennlige. Det ble funnet 20 forskningsartikler som virket relevante.

Hver for oss gikk vi nøye igjennom artiklene, og kvalitetsbedømte de etter Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) sitt poengsystem ved å krysse av for **ja**, **nei** og **vet ikke**. Det ble bestemt at **ja** gav 1 poeng mens **nei** og **vet ikke** gav 0 poeng. Deretter ble poengene regnet sammen, og omgjort til prosent.

Ved hjelp av prosentinndeling, kvalitetsgraderte vi artiklene til *tre forskjellige prosent grader*.

- **80-100 %** ble gradert til grad 1 og ble sett på som god vitenskaplig kvalitet.
- **70- 79 %** ble gradert til grad 2 og ble sett på som middels god vitenskaplig kvalitet.
- **69 %** og mindre ble sett på som lav vitenskaplig kvalitet, og ble forkastet.

Etter å ha gransket artiklene nøye hver for oss, byttet vi forskningsartikler og tilslutt gikk vi gjennom dem sammen. Dette gjorde vi for at kvalitetsbedømmingen skulle bli sterkere. (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Etter kvalitetsbedømmingen satt vi igjen med 12 forskningsartikler. Det var 3 kvantitative og 9 kvalitative artikler. 6 artikler ble gradert til grad 1, mens 6 artikler fikk grad 2.

De inkluderte forskningsartiklene er:

- 7 stk fra Storbritannia
- 2 stk fra Canada
- 1 stk fra Mexico
- 1 stk fra Australia
- 1 stk fra Norge

Dette er land som på mange måter kan sammenlignes med Norge. Mexico er et utviklingsland (Torres-Arreole 2009), men det ble likevel valgt å ta den med fordi det var gjort veldig relevant forskning på sykepleiere som gikk inn i rollen som fysioterapeuter i teamet. Dette passet godt inn i problemstillingene i litteraturstudien.

3.1.6 Innsamling av resultater

Vi har tatt utgangspunkt i tematisk analyse basert på retningslinjer for bachelor i sykepleie fra Høgskolen i Molde, og Braun og Clarke (2006) sin artikkel med de **6 fasene** ved å analysere funnene.

- **Bli kjent med funn**

Allerede ved starten av søkeprosessen begynte vi å se etter funn som var relevante for vår hensikt og problemstillinger. Først nummererte vi artiklene fra 1- 12, for å få en god oversikt. Vi fant flere funn som vi syntes var relevante i forhold til vår studie.

- **Hva er interessant**

Det ble brukt fargekoder for hver problemstilling. Problemstilling nr 1 fikk gul og problemstilling nr 2 fikk blå. Deretter samlet vi inn de gule og blå funnene. Alle funn ble notert. Funn som ikke passet til problemstillingene, hensikten samt de funn som var uforståelige ble eliminert.

- **Lete etter tema**

Ved å sortere funnene ble det laget tankekart. Stikkord fra de forskjellige funnene ble notert, og flyttet rundt på tavla. Det kom til slutt fram hoved- og undertema. Dette for å skaffe systematisk oversikt over temaene, og i tillegg for å se hvilke funn som gikk igjen.

- **Gjennomgang av tema**

Vi kom fram til 9 undertema som tilslutt samlet seg til 4 ulike hovedtemaer.

- **Navngi temaene**

Vi kom fram til disse overskriftene:

- Sykepleier er nøkkelperson i tverrfaglig samarbeid
- Sykepleiers grunnleggende pleie
- Erfaringer i tverrfaglig samarbeid
- Nedprioriteringer og arbeidsmengde

- **Produsere rapport**

Funnene ble oversatt til norsk og de forskjellige funnene ble satt under de fire forskjellige temaene som tilhørte sammen. Deretter ble volumet reduserte på de fire temaene, på grunn av flere funn som hadde samme meninger. Samtidig ble essensen i resultatet beholdt.

4.0 Resultat

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse sykepleiers rolle i et tverrfaglig samarbeid rundt pasienter i rehabiliteringsfase etter hjerneslag. I følge hovedfunnene kom vi fram til fire tema som gikk igjen. Sykepleier var nøkkelperson i tverrfaglig samarbeid, grunnleggende sykepleie var sentral i sykepleiers funksjon i teamet, sykepleier hadde ulike erfaringer i tverrfaglig samarbeid og stor arbeidsmengde. Disse temaene belyser hensikt og problemstilling.

4.1 Sykepleier er en nøkkelperson i tverrfaglig samarbeid

I to av funnene har vi blitt kjent med at sykepleierne har en koordinerende funksjon på ulike måter (Long, Kneafsey og Ryan 2003, Long et al. 2002). Funnene fra Barreca og Wilkins (2008) og Burton, Fisher og Green (2008) viser at sykepleierne som jobber med slagpasienter har en vesentlig og omfattende rolle i det tverrfaglige teamet. Sykepleierne har en betydelig nøkkelrolle innenfor koordinering innad i teamet (Long, Kneafsey og Ryan 2003, Long et al. 2002). Fire av studiene kom fram til at sykepleierne er sentrale i rollen siden de er til stede hos pasientene 24 timer i døgnet. Dette er en unik mulighet til å kommunisere med både pasienten, pårørende og andre fagfolk i teamet. Dette i motsetning til andre som jobber i ukedagene og ser pasientene kun på dagtid (Burton, Fisher og Green 2008, Barreca og Wilkins 2008, Long, Kneafsey og Ryan 2003, Long et al. 2002).

Healthcare said:

I think everything revolves around the nurse. The nurse sees the patient 24/7 and if they (team members) have any questions, they should come to the nurses because the nurse should know (Barreca og Wilkins 2008, 39).

Speech and Language Therapist said:

“We need information from the nurses... We rely on their information... We wouldn't be able to do half of what we do without them” (Long et al. 2002, 74).

Long et al. (2002) finner også at sykepleierne har en koordinerende funksjon. Blant annet delegering innen det tverrfaglige teamet, organisering og skrive ulike henvisninger. Men i

de forskningsstudier til Long, Kneafsey og Ryan (2003) viser også at det var andre medlemmer i det tverrfaglige teamet som tok på seg den koordinerende rolle enkelte ganger. Dette var avhengig av personalet, samarbeid og oppgavene.

Therapist said:

“The 24/7 person is the one that really can co-ordinate that team” (Burton, Fisher og Green 2008, 91).

Staff nurse said:

“The nurse`s role in physiotherapy is to co-ordinate it rather than to take direct action” (Long, Kneafsey og Ryan 2003, 667).

4.2 Grunnleggende sykepleie var sentral i sykepleiers funksjon i teamet

I fire av forskningsstudiene ble det funnet ut at sykepleieres funksjon i teamet var å ta seg av den fysiske omsorg (Seneviratne, Mather og Then 2009, Burton, Fisher og Green 2008, Kvigne, Kirkevold og Gjengedal 2005, Long et al. 2002). Og i to av forskningsstudiene kom det fram den psykiske omsorgen (Kvigne, Kirkevold og Gjengedal 2005, Long et al. 2002). Sykepleieren satt med hovedansvaret for å gi den grunnleggende pleie til slagpasientene (Burton, Fisher og Green 2008).

I det tverrfaglige teamet hadde sykepleiere som oppgave å observere pasientens vitale tegn, endringer og oppdatere pasientstatus til teamet. Sykepleierne hadde også ansvaret for medisin utdeling, gjøre klar pasienten til fysioterapi og legevisitt (Seneviratne, Mather og Then 2009). Sykepleiers oppgave er å fokusere på gjenopptrening av de tapte funksjoner hos pasientene. Hjelp pasienten med spising, mobilisering, kom seg ut og inn av seng, og gå på toalettet. I tillegg å ordne med praktisk ting før hjem reise (Kvigne, Kirkevold og Gjengedal 2005).

De rutinemessige sykepleieroppgavene som teknisk omsorg, innebærer ernæringstiltak, medisinadministrasjon og infeksjonskontroll. Fysisk omsorg innebærer bistand i forbindelse med hygiene og velvære. Både sykepleiere og andre teammedlemmer så

potensialet i en utvidet sykepleierrolle hvor sykepleier i større grad utfører fysioterapeutiske øvelser for slik å fremme funksjonsgjenvinning og forkorte rehabiliteringstiden (Long et al. 2002). Sykepleierens funksjon i teamet er i tillegg til de grunnleggende oppgavene, å rehabilitere. De hadde et stort fokus på rehabilitering (Torres-Arreola et al 2009). Sykepleier hadde en støttende og motiverende funksjon under rehabiliteringsfasen under sykehusoppholdet (Kvigne, Kirkevold og Gjengedal 2005). Sykepleier hadde en nøkkelrolle i å gi følelsesmessig støtte og bistå brukerne til å takle hverdagen. Emosjonell støtte er en særegen sykepleieoppgave, og er viktig for å skape et miljø hvor rehabilitering kan foregå. Sykepleierne ivaretar også pårørende og omsorgspersoner gjennom å gi god kommunikasjon, informasjon, og følelsesmessig omsorg (Long et al. 2002).

4.3 Sykepleiers erfaring i tverrfaglig samarbeid

I forskningsstudiene til Seneviratne, Mather og Then (2009) kom det fram at sykepleieren erfarte at enkelte fysioterapeuter missoppfattet, og hadde for liten kunnskap om hva sykepleiers oppgaver gikk utpå. I to av funnene hadde fysioterapeutene ulikt syn på hvordan sykepleierne skulle delta i rehabiliteringen (Seneviratne, Mather og Then 2009, Long, Kneafsey, og Ryan 2003). I funnene til Long, Kneafsey, og Ryan (2003), kom det fram at slagteamet mente at sykepleieren burde drive mer med rehabilitering, men fysioterapeutene var uenige i det og var redde for at sykepleierne ville gå inn i ”rollen” som fysioterapeuter. De mente sykepleierne ikke hadde nok kunnskap til dette. I forskningsstudie til Torres-Arreola et al (2009) konkluderte de med at de trenger mer forskning på sykepleiers rolle i teamet, skal de utføre fysioterapeuters oppgaver eller ikke.

Sykepleierne følte seg usikre på sin funksjon innad i teamet. Noen sykepleiere følte at deres jobb ikke ble respektert, og at sykepleiers kunnskap og erfaring ikke ble tatt i mot av de andre team medlemmene. Dette førte til at sykepleiere var usikre på hvilken rolle de hadde i teamet. Sykepleiers rolle er vanskelig å definere, i forhold til fysioterapeuter, leger, logoped og ergoterapeuter som har mer spesifikke oppgaver i teamet (Long, Kneafsey, og Ryan 2003, Atwal og Caldwell 2006).

I forskningsstudien til Atwal og Caldwell (2006) kom det også fram at på de tverrfaglige møtene, oppnådde de ikke det aktuelle eller ønskede resultatet. De opplevde at det manglet målsetninger og evaluering innad i teamet.

Staff nurse medicine said:

“You go in with your armour on and you are waiting who is the first person who is going to say something and who is the one I don’t know messes it all up” (Atwal og Caldwell 2006, 363).

Another expressed a similar perception:

“You are afraid to say anything because you don’t want them to be mad” (Atwal og Caldwell 2006, 363).

Working nurse said:

“I think they don’t have confidence in us. We have confidence in them, but they don’t reciprocate with that confidence” (Pryor 2007, 316).

I fem av forskningsstudiene (Burton, Fisher, og Green 2008, Arias og Smith 2007, Long, Kneafsey, og Ryan 2003, Clarke 2010, Pryor 2007) erfarte sykepleiere at det var veldig viktig med et godt samarbeid, klare roller i det tverrfaglige teamet og at de følte seg verdsatt. Dette også for at pasienten skulle få beste mulig behandling og oppfølging. Arias og Smith (2007) sin studie viste at hvis dette ikke fungerte kunne de risikere at pasientene fikk forskjellig behandling, alt etter hvilken kompetanse og kunnskap sykepleieren hadde. Sykepleieren ville utføre arbeidet slik de hadde lært under utdanning, noe som ikke trenger å være likt for en fysioterapeuter eller andre fagfolk. Dette kan føre til mangler i behandlingen til pasienten og konflikt innad i teamet.

Staff nurse said:

We should use our expertise to show them things as well.....Their experiences in their field is right for them and it is right for us to do our nursing, but we have to come together for the benefit of the patient (Long, Kneafsey, og Ryan 2003, 669).

I funnene til Clarke (2010) har sykepleieren en positiv og god erfaring med å jobbe i tverrfaglig team. De hadde utviklet et godt samhold, med faglig diskusjoner innad i teamet,

der de deler erfaringer og kunnskap. De opplevde også at de kunne veilede og diskutere med hverandre. Enkelte ting kunne forandres på, for eksempel under fysioterapitimen tilkaller de sykepleieren for å hjelpe pasienten på toalettet. Dette mente sykepleieren var fysioterapeutens jobb, og del av treningen til pasienten. Disse situasjonene førte ofte til frustrasjon hos sykepleierne, som følte seg utnyttet.

4.4 Travle dager og nedprioriteringer

I tre av studiene kom det fram at sykepleierne erfarte mangel på tid i slagenheten (Barreca og Wilkins 2008, Rudd et al. 2009, Seneviratne, Mather og Then 2009). I to av funnene ble rehabilitering og mobilisering nedprioritert på grunn av tidsmangel (Barreca og Wilkins 2008, Seneviratne, Mather og Then 2009).

Sykepleiere så viktigheten i rehabilitering, men måtte prioritere grunnleggende pleie og omsorg først. Dette på grunn av lite bemanning og stor arbeidsmengde. Dette førte til at det ble lite tid for rehabilitering. Det kom også fram at dårlig organisering og samarbeid med fysioterapeuten gav dårlig rehabilitering (Barreca og Wilkins 2008). Sykepleierne kunne ofte nedprioritere å delta på morgenrundene/møte, som førte til at de ikke fikk delt informasjonen de hadde om pasientene til teamet. I tillegg hindret dårlig tid, sykepleierne å gi nok mobilisering og rehabilitering til pasientene.

I ett intervju forteller en sykepleier at det går rasker å kle på og pusse tennene for pasienten, framfor at pasienten får trene på å gjøre det selv. For å spare tid, la sykepleieren en plan over arbeidsoppgaver de trodde de skulle rekke å gjøre (Seneviratne, Mather og Then 2009).

I Rudd et al. (2009) sine funn kom det fram at sykepleiere og fysioterapeuter har generelt liten tid til pasientene. De hadde tall som sa at for 75 % av pasientene fikk de mindre enn 4 timer og 11 minutt pleie per døgn(24 timer). De 25 % som var igjen fikk faktisk mindre enn 1 ½ time pleie i døgnnet, noe som tilsvarer mindre enn 4 minutt per time.

5.0 Diskusjon

I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde er diskusjonen delt i to deler. Metodediskusjonen som skal diskutere litteraturstudiens fremgangsmåte og resultatdiskusjonen som skal diskutere studienes hensikt og problemstillinger, teoribakgrunn og relevant forskning opp mot litteraturstudiens resultater.

5.1 Metodediskusjon

Ved bruk av Goodmans 7 ulike steg (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006) ble det en strukturert oversikt over metodekapitlet. Først ble det bestemt å skrive om hjerneslag. Dette er et aktuelt tema her i Norge, og i stor utvikling. Det ble opparbeid en del kunnskap på området. I tillegg ble det gjort prøvesøk i Ovid Medline på det engelske ordet «stroke» som gav 140348 treff.

De første problemstillingene ble rettet mot sykepleie, mestring og slag. PIO skjemaet (Nordtvedt et al. 2008) som ble fylt ut, gav oss systematisk oversikt over relevante søkeord som ble benyttet. Dette var et nyttig redskap som gav en strukturert oversikt. Veiledning samt hjelpen på biblioteket var til stor hjelp. I starten av søkeprosessen var vi usystematiske og lite strukturerte. I tillegg var det for lite og for få søkeord i PIO skjemaet og vi var dårlig kjent i databasene. Inklusjonskriteriene var ikke omfattende nok, noe som førte til en del misforståelser og mange ubrukelige treff på hver vår kant. Søkene som ble gjort omhandlet *sykepleie*, *mestring* og *slag*, men etter hvert kom vi frem til at vi ville prøve å flette inn det tverrfaglige samarbeidet som vi har erfart er en viktig del av tilbudet rundt slagpasienter.

Ettersom det tverrfaglige teamet var omtalt i de aktuelle artiklene vi til da hadde funnet, ble det bestemt å endre hensikt og problemstilling. Dermed ble hovedfokuset endret til sykepleiere i tverrfaglige samarbeid. Vi beholdt likevel konteksten siden tverrfaglig samarbeid er mye brukt i slagenhet på sykehus. Nye ord som for eksempel *interdisciplinary*, *experiences*, og *nursing role* ble satt inn i PIO skjemaet. Dette viste seg å gi for eksempel 46 treff (Ovid Medline). Noen av disse treffene var eldre forskning, siden vi ennå ikke hadde begrenset søkene til årstall. Enda flere synonymord ble satt inn i

skjemaet og det ble gjort flere relevante treff. Det ble en mer systematisk og ryddig søkestrategi. I ettertid ser vi at hvis vi hadde skrevet gode nok inklusjonskriterier, vært mer strukturert i søkene, og brukt flere synonymord i PIO skjemaet hadde de første problemstillingene kanskje blitt beholdt. På en annen side, ser vi det positive i å bytte problemstilling. Tverrfaglig samarbeid er et veldig aktuelt tema, og vil bli enda viktigere i fremtiden. Svakheten med at hensikten og problemstillingene ble forandret sent, er at det ble mindre tid til å finne relevante forskningsartikler og muligens har dette ført til at vi har gått glipp av andre gode forskningsartikler. Men vi mener at dette hadde ikke så stor betydning for resultatet i oppgaven, siden vi fant nok gode artikler for å besvare hensikten. Kunnskapen om søking etter relevant forskning hadde utviklet seg, og blir i ettertid sett på som en god læreprosess som vi tar med oss videre.

Databaser

- Ovid Medline (Ovid British Nursing Index, Ovid Nursing Database) – dette var den mest brukte databasen. Den var oversiktlig, enkel å bruke og gav flest relevante treff.
- ProQuest – denne databasen var uoversiktlig og lite brukervennlig i starten, men mot slutten ble vi bedre kjent med den.
- SveMed+ - denne databasen gav lite treff, og de fleste treffene var fagartikler. Kanskje om vi hadde brukt denne databasen mer, hadde vi fått flere treff på norske, svenske og danske forskningsartikler.

Svakheten med at Ovid Medline ble mest brukt, er at vi kanskje har gått glipp av andre relevante forskningsartikler, som kunne vært erstattet med de som er gradert til grad 2. Søking etter forskningsartikler var en veldig lang prosess som tok lengre tid enn forventet. Søkeperioden varte fra januar 2011 til oktober 2011.

For at ikke tema skulle bli for brett og at vi ikke skulle skli ut, fungerte inklusjon- og eksklusjonskriteriene godt. Med ”faste” rammer var det lettere og vite eksakt hva en ønsker å ha med og ekskludere det en ikke ville ha med. Dette gjorde at vi gikk mer i dybden av forskningsartiklene og ikke i bredden, som igjen virker positivt inn på resultatet i studien. På den andre siden følte det som om kriteriene av og til ble for strenge, grunnet vanskeligheter med å finne relevante forskningsartikler, men vi ser nå at dette var avgjørende for å finne relevante temaer som svarte på hensikten.

Vi valgte å bruke kun artikler som hadde et sykepleierperspektiv fordi vi forventet at dette ville best belyse vår hensikt som så på sykepleierens rolle og erfaring. Vi ser at dette inklusjonskriteriet, sammen med en spesifikk kontekst som slagenheten, har vært de viktigste kriteriene for å avgrense og konkretisere våre resultat. Dette ser vi på som en styrke for litteraturstudien. I starten av prosessen brukte vi en del tid på å finne avgrensinger i forhold til pasienter, for eksempel bare kvinner, eller alder mellom 40 og 60 år, men fant ut at dette ikke hadde betydning for det vi ville belyse i den nye hensikten vi etter hvert kom frem til. Vi så da at avgrensingen heller måtte ligge i konteksten rundt pasientene, at det var en slagenhet der tverrfaglig samarbeid ble benyttet, fordi det var sykepleieren som var vårt hovedfokus. Dette gjorde det videre arbeidet lettere for oss, siden alt virket mye klarere for oss.

Det ble forventet å få flere treff på norske, svenske og danske artikler, ettersom hjerneslag og rehabilitering er et sentralt forskningsområde i Skandinavia. Dette kan ha noe å si i forhold til vårt resultat ettersom de fleste av våre artikler var fra Storbritannia, og noen også fra Canada, Australia og Mexico. Det kan være ulikheter i slagenheter hos de ulike landene, og også i forhold til sykepleierutdanningen og oppgaver. Men i de funnene som er blitt trukket ut av artiklene, er de ganske like i forhold til vår jobb- og praksiserfaringer fra Norge. Selv om det også er forskjeller og ulikheter på slagenheter her i Norge som eksempelvis rutiner, oppgaver, utstyr, administrering og omgivelser, kan større ulikheter som vil forekomme i andre land og kulturer, ha hatt betydning for resultatene i litteraturstudien.

For å finne aktuelle forskningsartikler, ble det først sett på det vi mente var relevante titler, deretter lest sammendrag av disse. Dette ble sett på i ettertid som en svakhet, da det muligens ble oversett noen artikler som hadde passet til vår hensikt og problemstilling. På grunn av tidsperspektivet ble det ikke mulighet til å lese igjennom alt materialet som ble funnet. 40 forskningsartikler satt vi igjen med etter avsluttet søk. Men 20 av 40 ble fort ekskludert på grunn av at de ikke inneholdt de valgte inklusjonskriterier. Deretter ble det skrevet sammendrag av hver av de 20 artiklene som var igjen. Dette gjorde at det ble en systematisk oversikt over hva de forskjellige artiklene handlet om og det ble diskutert hvilke som var aktuelle for vår studie. Siden det ble brukt en del tid på dette, ble vi godt kjent med artiklene som var til fordel når vi skulle kvalitetsbedømme forskningsartiklene.

Kvalitetsbedømmingen av forskningsartiklene var også en utfordring for oss siden vi hadde liten erfaring med dette. Det ble undersøkt hvilke alternativer det var å velge i og prøvde oss litt fram. Det ble vurdert å bruke kunnskapssenterets sjekklister. Men kom fram til at Willman sine kvalitetsbedømmingsskjema virket mest oversiktlige og omfattende.(Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Enkelte punkter i kvalitetsbedømmingsskjemaet var ikke like enkel å besvare. Derfor kontrollerte vi hverandre for å være sikre på at det var forstått riktig. Dette mener vi er med på å styrke oppgaven vår. Siden kvalitetssikringen blir sterkere når det er to som bedømmer artiklene sammen. Men ettersom de ble kvalitetsbedømt etter vår kunnskap, kan også dette være en svakhet ovenfor kvaliteten på artiklene siden vi ikke har mye kunnskap og erfaring med dette. En annen utfordring var å oversette artiklene fra engelsk til norsk. Dette krever god kunnskap i engelsk og vitenskapelige faglige uttrykk, for å unngå misforståelser og feiltolkninger. Det tok litt tid å sette seg inn i artiklene og forstå de vitenskapelige ordene. Dette ble enklere for hver gang artiklene ble lest, og vi ble kjent med de forskjellige faguttrykkene. Vi skrev ned ord vi var usikre på og lagde oss en oversikt som vi kunne bruke senere. Dette var til god hjelp og er en styrke i studien vår.

Analyseprosessen var den mest spennende delen av oppgaven, men også den mest krevende. Det er viktig med tilstrekkelig kunnskap om hvordan man skal analysere. Dette for at man ikke skal gå glipp av viktige funn og for at det skal bli enklere å analysere. Ettersom å analysere funn er noe som var nytt for oss, følte vi oss noe usikker i starten av denne prosessen. Vi fikk undervisning ved Høgskolen i Molde, og ved å lese artikkelen til Braun og Clarke (2006) ble det en god måte å analysere på. Slik ble det en systematisk gjennomgang av analyseprosessen. Ved hjelp av denne prosessen ble det kommet fram til hovedfunnene, undertema og navn på hovedtemaene. Tankekartet som ble laget var til god hjelp, selv om det var en tid der stikkordene virket uryddig på tavlen og de ble flyttet mye rundt. Det ble brukt lang tid på å sortere funnene under de «riktige» temaene. Noen av funnene overlappet hverandre. Undertemaene ble delt opp for å få bedre oversikt. Svakheten med resultatet er at det ble oppdaget at det var enkelte tekstutdrag som var ufullstendige. Dette merket vi når resultatet var skrevet ned. Dette har også muligens ført til at andre funn er oversett. Det ble en del ekstraarbeid med å se igjennom forskningsartiklene igjen. Dette kunne blitt gjort annerledes, nå som vi sitter med mer kunnskap om å analysere. I resultatet er det mange av funnene som sier det samme og dermed styrker litteraturstudien.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse sykepleiers rolle i et tverrfaglig samarbeid rundt pasienter i rehabiliteringsfase etter hjerneslag. I litteraturstudien skal det drøftes studiets hovedfunn ut i fra teoribakgrunn og relevant forskning. Resultatdiskusjonen drøfter de fire ulike hovedfunnene i samme rekkefølge som tidligere nevnt i resultatdelen, og belyser hensikt og problemstillinger.

5.2.1 Sykepleier som nøkkelperson

Orvik (2004) hevder at sykepleiers rolle i det tverrfaglige teamet er at hun er en naturlig leder og koordinator. Hun er kontinuerlig i avdelingen og har kontakt med alle involverte parter. I tillegg er de en naturlig kontaktperson for pårørende og pasient. I studien til Thommessen og Wyller (2007) kom det frem at hovedprinsippene i slagrehabiliteringen er den koordinerte tverrfaglige tilnærmingen. Det er viktig at legen har en sentral og aktiv rolle i det tverrfaglige teamet, men mange slagenheter har egne slagsykepleiere, og disse har en nøkkelrolle i koordinering av behandling og pleie. De har også ofte ansvar for undervisning og kontinuerlig kompetansebygging blant personalet. I fire av forskningsstudiene kommer det godt frem at sykepleierne har en nøkkelrolle innenfor grunnleggende pleie og koordinering av i teamet. Det viste seg at sykepleierne var sentrale i denne rollen siden de er til stede hos pasientene 24 timer i døgnet. Dette gir en unik mulighet til å kommunisere med både pasienten, pårørende og andre fagfolk i teamet. I motsetning til andre, som bare jobber i ukedagene og ser pasientene kun på dagtid (Burton, Fisher og Green 2008, Barreca og Wilkins 2008, Long, Kneafsey og Ryan 2003, Long et al. 2002).

Andre faggrupper beskriver i forskningsstudien til Long et al. (2002) at de stolte på sykepleierne og trengte informasjonen som de kunne gi, og de kunne ikke ha gjort en bra jobb uten denne informasjonen.

Jakobsen (2005) beskriver at det å kunne delegerer ansvar samt koordinere ulike gjøremål vil gjøre at pasienten får best mulig resultat av behandlingen. Som sykepleier er det naturlig å være leder. Man skal kunne planlegge, administrere og evaluere sitt arbeid. I tillegg skal sykepleier kunne delegerer arbeidsoppgaver, undervise og veilede

medarbeidere, studenter, pårørende og pasienter. I to inkluderte forskningsstudier viser også at sykepleierne har en koordinerende funksjon på ulike måter (Long, Kneafsey og Ryan 2003, Long et al. 2002). Blant annet delegering innen det tverrfaglige teamet, organisering og skrive ulike henvisninger (Long, Kneafsey og Ryan 2003).

Vår erfaring i praksisstudiet har også lært oss mye om at sykepleier får en helt spesiell kompetanse og rolle siden hun er kontinuerlig på jobb i avdelingen. Og sykepleier var tilgjengelig for alle parter både pasienten, pårørende og forskjellige yrkesgrupper i det tverrfaglige teamet. I vår praksis var det ofte sykepleier som koordinerte møtene med de andre partene for at målene skulle vurderes underveis i behandlingen for å oppnå best mulig resultat for pasienten. Og det opplevdes som at sykepleier var en nøkkelperson i avdelingen.

5.2.2 Grunnleggende sykepleie

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) beskriver at sykepleien er rettet mot å styrke pasientens egne muligheter til å ivareta sine grunnleggende allmenn menneskelige behov, gjenvinne helse og mestre livssituasjonen. Og konkret sykepleie tiltak vil både kunne være rettet mot å styrke pasientens ressurser og mot å tilrettelegge omgivelsene.

Sykepleiehandlinger rettet mot å fremme rehabilitering vil kunne være fysisk trening og støtte, undervisning og veiledning, samt andre tiltak rettet mot å styrke pasientens forståelse. I følge Henderson (1997) er sykepleiens mest sentrale gjøremål å ivareta pasientens grunnleggende behov både fysisk og psykisk. Dette samsvarer med funn vi har avdekket i vår litteraturstudie, at sykepleiers hovedansvar er den grunnleggende fysiske og psykiske omsorg. Det vil si at i det tverrfaglige teamet hadde sykepleiere som oppgaver å observere pasientens vitale tegn, endringer og oppdatere pasientstatus. Sykepleiere hadde også ansvaret for medisinaladministrasjon, tilrettelegging til pasienten for fysioterapivisitt og legevisitt og fokusere på gjenopptrening av de tapte funksjoner hos pasientene. Hjelp pasienten med daglig gjør mål/ aktivitet, ernæringstiltak, å gå på toalettet, i tillegg å ordne hjemreise prosess, hygiene og velvære, kom seg ut og inn av seng (Seneviratne, Mather og Then 2009, Burton, Fisher og Green 2008, Kvigne, Kirkevold og Gjengedal 2005, Long et al. 2002). Henderson (1997) hevder også at sykepleierens grunnleggende ansvar og plikter først og fremst er å hjelpe den syke med hans daglige livsmønster, eller med de gjøremål han ellers ville utføre uten hjelp. Her mener forfatteren å puste, spise, bevege seg, bli kvitt

ekskrementer, hvile sove og holde kroppen ren, varm og tilstrekkelig påkledd, og psykisk omsorg for eksempel samvær med andre og gjøre livet til noe mer enn fysisk aktivitet.

I praksisstudiet opplevde vi at sykepleiers hovedoppgave i teamet er å ivareta pasientens grunnleggende behov å opprettholde pasientens fysiske og psykiske tilstand. Det vil si at sykepleier observerer pasienten og forebygger komplikasjon, helhetlig pleie og balansere mellom pasientens aktivitets tid og hviletid.

Almås (2007) beskriver at sykepleierens støttende funksjon er svært viktig i rehabiliteringen. Hvordan sykepleier bidrar med sin støttende funksjon avhenger av hvilke utfall hjerneslaget gir og hvordan dette påvirker pasientens funksjonsnivå. Også Kristoffersen (2005) beskriver at i rehabiliteringsfasen er det viktige med et godt samarbeid for å oppnå et godt resultat. Det er viktig for å nå målet, at sykepleier deltar i pasientens anstrengelser og sørger for fysisk og psykisk støtte. Gjennom å gi støtte, oppmuntring og hjelp, vil sykepleieren fremme pasientens motivasjon og tro på egen evne til å mestre den nye situasjonen som kan oppleves som utrygg og skremmende. En av sykepleierens viktigste oppgaver er å hjelpe pasienten til å kunne forstå og leve med kroppen på tross av funksjonssvikt. I forskningsstudien til (Torres-Arreola 2009, Kvigne, Kirkevold og Gjengedal 2005, Long et al. 2002) kom det fram at sykepleiers støttende funksjon er rehabilitering av pasienten som rammet av slag. Og Long et al.(2002)sin forskningsstudie viser at sykepleier hadde nøkkelrolle i å gi følelsesmessig støtte og bistå brukerne til å takle hverdagen. Emosjonell støtte er en særegen sykepleieoppgave, og er viktig for å skape et miljø hvor rehabilitering kan foregå. Sykepleierne ivaretar også pårørende og omsorgspersoner gjennom å gi god kommunikasjon, informasjon, og følelsesmessig omsorg. Også Kvigne, Kirkevold og Gjengedal(2005) sin forskningsstudie viser at etter det første døgnet der pasienten har igjennom gått et hjerneslag, og tilstanden har stabilisert seg, ble sykepleiers oppgave å fokusere på igjennopptrening av de tapte funksjoner hos pasientene. Hjelp pasienten med spising, mobilisering, kom seg ut og inn av seng, gå på toalettet. Sykepleier hadde en støttende og motiverende funksjon under rehabiliteringsfasen i sykehus oppholdet. Og i tillegg å ordne med praktisk ting før hjem reise. I dette tilfelle sier Henderson (1997) at grunnleggende sykepleieprinsipper vil en meget viktig del av sykepleiers bevarende funksjon være å sørge for pasientens grunnleggende behov. Disse vil være individuelt betinget der pasientens situasjon, og hva denne mener, bestemmer hvilke behov som er viktige. Og i Følge Almås (2010)

sykepleierens bevarende funksjon er å ivareta pasientens grunnleggende behov og fysiske og psykiske energi opprettholdes.

Forskningsstudiet til Torres-Arreola 2009, Long et al. (2002) kom det frem at sykepleieres oppgaver er å rehabilitere i tverrfaglige teamet og de hadde et stort fokus på rehabilitering. Og større grad utfører fysioterapeutiske øvelser for å fremme funksjonsgjenvinning. Derfor har sykepleierne fått opplæring i rehabilitering. Og skal fokusere på det. Dette hadde en positiv effekt på pasientene. Men det ble konkludert med at sykepleieren kunne det grunnleggende. Det stemmer ut i fra praksis erfaring i slagenhet at sykepleiers oppgaver å rehabilitere i tverrfaglig teamet. Sykepleieren er på avdelingen hele tiden og de har muligheten til å veilede pasienten i forhold til trening under døgn aktiviteter. Sykepleier utfører rehabiliterings oppgaver i avdelingen for eksempel håndtrening, motorisk trening og ADL trening. Dette skjer etter grundig opplæring fra fysioterapeut. Sykepleie utfører trenings oppgaver når fysioterapeut ikke er tilstedte for eksempel på kvelds tid og i helga. I følge Helsedirektoratet (2010) sykepleien er en viktig del av tverrfaglige behandling teamet. Det at sykepleien er til stede gjennom hele døgnet gjør sykepleiens kompetanse i å observere pasientens vitale funksjoner og ivareta de grunnleggende behovene avgjørende for pasientens behandlingsresultat. Sykepleieren har også en koordinerende rolle i teamet og for pasientens rehabiliteringsplan, og for kontakten med pårørende.

5.2.3 Tverrfaglig samarbeid

”Felles mål er en betingelse for at team medlemmene skal kunne dra lasset sammen. Er det ikke behov for felles mål, er det ikke behov for tverrfaglig samarbeid” (Bredland, Linge og Vik 2002, 176).

Atwal og Caldwell (2006) sier noe om at sykepleierne var negativ, og hadde liten tro på at det tverrfaglige teamet kom til å fungere. Sykepleierne erfarte at tverrfaglige møter ikke fungerte, fordi de ikke oppnådde løsninger. Bredland, Ling og Vik. (2002) skriver at tverrfaglig samarbeid ofte blir omtalt som noe ”utopisk” og ”umulig”. Tverrfaglighet er en arbeidsform som bygger på ulikheter og kan være en utfordring. Ulikheter kan være en positiv ting. Så lenge alle i teamet blir verdsatt og respektert.

Sykepleierens rolle er vanskelig å definere, i forhold til fysioterapeuter, leger, logopeder og ergoterapeuter, som har mer spesifikke oppgaver i teamet. Dette kan føre til at sykepleierne blir usikre på sin rolle (Long, Kneafsey, og Ryan 2003). Bredland, Ling og Vik (2002) forteller om at kulturen vår verdsetter høy kompetanse, særlig spesialisert dybdekunnskap. ”Det vil si at man verdsetter høyere de som kan mye om lite enn de som vet litt om mye” (Bredland, Ling og Vik 2002, -184). De stiller også spørsmål ”om hvordan slike holdninger virker inn på et team med flat struktur og ideer om likeverdighet?” (Bredland, Ling og Vik 2002, -184) Dette kan være grunn til konflikt innad i teamet.

Bredland, Ling og Vik (2002) skriver at tradisjonen vår i helsesektoren bygger på en hierarkisk struktur. I tverrfaglig samarbeid bør ”maktrappa” bort. I tverrfagligarbeid kan man imidlertid ikke kun ta på seg oppgaver som er bare fagspesifikke. Det er mange hverdagsoppgaver, og det er mange fagområder som flere faggrupper behersker.

Enkelte sykepleiere følte at deres jobb ikke ble respektert og at sykepleierens faglig kunnskap og erfaring i som ble gjort i avdelingen, ikke ble tatt i mot av enkelte andre teammedlemmer (Long, Kneafsey, og Ryan 2003, Atwal og Caldwell 2006). Det er viktig ikke å forveksle likeverdighet med likhet. Ulikhet er en forutsetning for tverrfaglig samarbeid. Alle i teamet bør oppleve seg selv som likeverdige og respektert, og ha mulighet for bruke seg selv, utvikle seg og bidra med erfaringer, egenskaper og kompetansen man har. Ingen bør settes utenfor (Bredland, Linge og Vik 2002).

For å få til likeverdighet kan man sette opp visse kvaliteter som må prege atferden og samarbeidsstrukturen: Gjensidig respekt og interesse, ressursorientering, lik tilgang på informasjon i teamet, og lik formell innflytelse. Gjensidighet og respekt handler om å opptre med respekt og anerkjennelse overfor hverandre. At man viser at man setter pris på hverandre til tross for eller på grunnen av ulikheter. Når folk med ulik kompetanse skal behandles med likeverdighet og respekt, er det med en visshet om at sykepleierens kompetanse kan være like utslagsgivende som for eksempel legens medisinske kunnskap (Bredland, Linge og Vik 2002).

I fem av funnene forteller sykepleierne om erfaringer hvor det var viktig med et godt samarbeid, klare roller i det tverrfaglige teamet og at de følte seg verdsatt. Dette for at pasienten skulle få best mulig behandling og oppfølging. (Burton, Fisher, og Green. 2008, Arias og Smith 2007, Long, Kneafsey, Ryan 2003, Clarke 2010, og Pryor 2007).

Bredland, Linge og Vik (2002) skriver om at et godt samarbeid ikke kommer av seg selv. Vår atferd kan fremme eller hemme samarbeidet. Det er viktig at hver enkelte teammedlem kommuniserer godt med hverandre. Det er også viktig at teammedlemmene er samkjørte i forhold til den enkelte pasient. Slik at ikke pasienten mottar ulik budskap fra de forskjellige teammedlemmene.

I Clark(2010) sin studie kommer det fram at sykepleieren har en positiv og god erfaring med å jobbe i tverrfaglig team. De har utviklet et godt samhold, med faglige diskusjoner innad i teamet. De deler erfaringer og kunnskap, veileder og diskuterer med hverandre. Dette kan være løsningen på et godt samarbeid i det tverrfaglige teamet. Inntrykket vi fikk som studenter i praksis på en slagenhet, var at det var vanskelig å få samlet de forskjellige faggruppene til felles behandlingsmøte. Men vi opplevde at fysioterapeuten hadde uformelle ”møter” med sykepleieren som hadde gruppeansvaret. Dette for å diskutere behandlingen etter dagsformen hos pasienten. Og eventuelt å veilede oss i forhold til mobilisering og hva som måtte følgesopp i løpet av dagen. Eventuelle bekymringer fysioterapeuten hadde i forhold til pasienten videre bringte sykepleieren til legen.

Sykepleierne erfarte at fysioterapeutene hadde ulikt syn på hvordan sykepleierne skulle delta i rehabiliteringen. Fysioterapeutene var redd for at sykepleieren skulle gå inn i ”rollen” deres. Det kom fram at det var uenighet innad i det tverrfaglige teamet om hvilken rolle sykepleieren skulle ha i rehabiliteringsprosessen (Seneviratne, Mather og Then 2009 og Long, Kneafsey, og Ryan 2003) I den Mexicanske studien Torres-Arreola et al (2009) konkluderte de med at de trenger mer forskning på sykepleiers rolle i teamet, skal de utføre fysioterapeuters oppgave eller ikke.

Wekre og Vardeberg (2004) beskriver at bruk av individuell plan kan bidra til å klargjøre funksjoner for den enkelte team medlem. Individuell plan tar utgangspunkt i brukerens egne behov og mål og vil dermed kunne være et redskap for et godt samarbeid mellom brukeren og fagpersonene. En individuell plan skal hjelpe til å systematisere rehabiliteringsprosessen og gjøre det lettere å se sammenhenger for de som deltar (Wekre og Vardeberg 2004). Bredland, Linge og Vik (2002) sier at skal vi få et vellykket resultat innenfor rehabilitering, må kompetansen samordnes slik at alle arbeider mot de samme målene.

Formålet med en individuell plan er å bidra til at hver enkelt av de pasientene det gjelder, får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Planen skal bidra til å sikre at de tjenestene pasienten får fra ulike tjenesteytere, blir samordnet og vurdert i en helhetlig sammenheng (Mekki og Pedersen 2005).

Med tanken på at den ny Samhandlingsreformen som skal settes i kraft januar 2012, er det kanskje enda viktigere å påbegynne en individuell plan hos slagpasienter. Dette for å sikre at pasienten får den tverrfaglige oppfølgingen han har behov for etter utskrivning.

Kommunene overtar det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag etter utskrivning. Hvis ikke kommunen har mulighet eller kapasitet til å ta i mot pasienten, får kommunen bot på 4000kr per døgn pasienten ligger på sykehuset (Helse Omsorgsdepartement 2011). Dermed krever dette en god planlegging fra det tverrfaglige teamet allerede fra starten av innleggelsen til utskrivning (Wekre og Vardeberg 2004).

Det bør utarbeides en rehabiliteringsplan tidlig i forløpet hos slagpasienter. I den subakutte fasen skal det vurderes rehabiliteringspotensial og planlegge videre rehabilitering og oppfølging (Wekre og Vardeberg 2004).

5.2.4 Arbeidsmengde

Som kjent fra praksis og jobb i en slagenhet, er arbeidsmengde en stor utfordring. Nok tid til å gi den pleie og omsorg pasienten har behov for.

Damsgaard (2010) understreker at sykepleierne synes det er vanskelig å ivareta mandatet sitt innenfor de gitte rammene. Dette kan være problematisk fordi sykepleierne har kompetanse som setter dem i stand til å kartlegge pasientens behov. Etablere gode menneskemøter og ivareta behovene for pleie og stimulering. Sykepleierne vet hva som skal til i mange sammenhenger, men i tilfeller fratras muligheten til å gjøre det fordi tid og ressurser er begrenset.

I tre av de inkluderte forskningsstudiene kommer det godt fram at sykepleierne erfarer at for liten tid og stor arbeidsmengde er et stort problem innad i teamet. (Barreca og Wilkins 2008, Rudd et al. 2009, og Seneviratne, Mather og Then 2009) Dette hindret sykepleierne i å gjøre en god jobb innad i teamet og for pasientene. Rehabilitering og mobilisering ble

nedprioritert. (Barreca og Wilkins 2008, Seneviratne, Mather og Then 2009). Dette er noe vi mener ikke burde bli nedprioritert. Wekre og Vardeberg (2004) skriver at tidlig mobilisering har vist å kunne redusere komplikasjoner og fremme funksjonell bedring. (Wekre og Vardeberg 2004). Også det å møte opp på tverrfaglige møter, for å diskutere og å gi oppdatering på pasientene, ble nedprioritert. (Seneviratne, Mather og Then 2009) Long et al. (2002) understreker viktigheten av at sykepleierne gir informasjon om pasientene videre til teamet. Informasjonen var relatert til framskritt av rehabiliteringen, som mobilitet, aktiviteter, hygiene og påkledning. I tillegg til hvordan pasienten responderte på behandlingen. Informasjonen gjorde at teamet kunne gi en individuell behandling til hver enkelt pasient.

I ett intervju i forskningsstudiet til Seneviratne, Mather og Then (2009) forteller en sykepleier at det går raskere å kle på og pusse tennene for pasientene, framfor at pasientene får trene på dette selv. Dette for at sykepleieren skulle spare tid, på grunn av stor arbeidsmengde (Seneviratne, Mather og Then 2009). Dette er et tegn på svak paternalisme. Der sykepleierens ”makt” brukes over pasienten som ikke kan forvalte seg selv (Mekki og Pedersen 2005). Noen pasienter synes kanskje dette er greit, men blir ”lært” hjelpsløs. Andre igjen føler seg ”overkjørt”, men godtar likevel dette på grunn av at de ser den travle hverdagen sykepleieren har. Mekki og Pedersen(2005) skriver at sykepleierne har erfart at det er lettere å løse denne typen utfordringer på en god måte dersom man kjenner pasienten godt.

Ut i fra egne praksiserfaringer er paternalisme ganske utbredt. Ikke bare på grunn av stor arbeidsmengde men også for at man har lagt dette til i sine «rutiner». Eller for å være litt ekstra hjelpsom, når du ser pasienten strever med og for eksempel kle på seg.

6.0 Konklusjon:

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse sykepleiers rolle i et tverrfaglig samarbeid rundt pasienter i rehabiliteringsfase etter hjerneslag i slagenhet.

Litteraturstudien viser at sykepleiere har en nøkkelrolle i tverrfaglige team. Sykepleieren spiller en betydelig rolle for omsorg, koordinering og kan være en naturlig leder innad i teamet. De er kontinuerlig i avdelingen og har kontakt med alle involverte parter. I tillegg er de en naturlig kontaktperson for pårørende og pasienter. Sykepleiers hovedoppgave i teamet er å ivareta pasientens grunnleggende psykiske og fysiske behov. Det vil si at sykepleiere observerer pasientene og forebygger komplikasjon, helhetlig pleie og omsorg og balansere mellom pasientens aktivitets tid og hviletid. Sykepleieren har også en viktig funksjon innen rehabiliteringsprosessen. Sykepleieren kan den grunnleggende mobiliseringen, men har ikke den samme kompetansen som en fysioterapeut. Det er da viktig at sykepleierne ikke over tar rollen, men mottar opplæring på det som skal utføres.

Sykepleieren erfarte at stor arbeidsmengde kan føre til nedprioriteringer av deltagelser i tverrfaglige møter og mobilisering av pasienter. Dette kan da føre til at det tverrfaglige teamet mister den informasjonen sykepleier kunne bidratt med. Informasjonen gjør at teamet kan gi en individuell behandling til hver enkelt pasient.

Vi kan konkludere med at det er både positive og negative erfaringer med å jobbe i et tverrfaglig team. For å få til et godt samarbeid er det enkelte «regler» som bør inkluderes. Gjensidig respekt, interesse, ressursorientering, lik tilgang på informasjon i teamet, og lik formell innflytelse, i tillegg til dette er det viktig å utvikle et godt samhold, med faglige diskusjoner innad i teamet. Dette med å dele erfaringer og kunnskap, veilede, diskutere med hverandre og avklare sykepleiers rolle i det tverrfaglige teamet. Bruk av individuell plan kan bidra til å klargjøre funksjoner for den enkelte. En individuell plan kan være et viktig redskap som kanskje burde blitt brukt mer med tanken på samhandlingsreformen som skal settes i kraft fra januar 2012.

Forslag til videre forskning

Ut i fra våre funn, anbefales videre forskning på hvilken rolle og oppgaver sykepleierne skal ha i rehabiliteringsprosessen i det tverrfaglige team hos hjerneslagpasienter. Ut i fra funnene våre er sykepleierne usikre på sin rolle i forhold til de andre i teamet, som gjerne har mer spesifikke oppgaver. I flere studier kom det fram at det var uenighet innad i det tverrfaglige teamet om hvilken rolle sykepleieren skulle ha i rehabiliteringsprosessen. Det er viktig med et godt samarbeid og klare roller for at hver enkelt skal gjøre en god jobb og trives. I den Mexicanske studien konkluderte de med at de trenger mer forskning på sykepleiers rolle i teamet, skal de utføre fysioterapeuters oppgave eller ikke.

Vi anbefaler også videre forskning på samarbeid og bruk av individuell plan i forbindelse med samhandlingsreformen. Ettersom dette er et høyt aktuelt tema i dagens samfunn, er det viktig å lage et godt grunnlag med på begynt individuell plan om videre behandling og oppfølging tidlig rehabiliteringsfasen. Denne planen vil følge pasienten til kommunen slik at de kan overta ansvaret, og det blir enklere for kommunene å se hva som bør følges opp og eventuelt endres. Dette krever ikke bare godt samarbeid i de tverrfaglige teamene, men også mellom sykehus og kommune.

Litteraturliste

- Almås, Hallbjørg, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth (red.). 2007. *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Almås, Hallbjørg, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth (red.).2010. *Klinisk sykepleie 2*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Arias, Monica og Lorraine N. Smith. 2007. Early mobilization of acute stroke patients,UK. *Journal of Clinical Nursing* 16(2): 282-288.
- Atwal, Anita og Kay Caldwell. 2006. Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care, UK. *International Journal of Nursing Practice* 12(6): 359-365.
- Barreca, Susan og Seanne Wilkins. 2008. Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit,Canada. *Journal of Advanced Nursing* 63(1): 36-44.
- Berulfsen, Bjarne og Dag Gundersen. 2003. *Fremmedord og synonymer blå ordbok 3.5* utg. Oslo: Gyldendal ASA
- Braun, Virginia og Victoria Clarke. 2006. Using thematic analysis in psychology,UK. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2): 77-101. ISSN 14780887 (<http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a795127197~frm=titlelink>)
- Bredland, Ebba Langum, Oddrun Anita Linge og Kjersti Vik. 2002. *Det handler om Verdighet ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Burton, Christopher R, Andrea Fisher og Theresa L Green. 2009. The organisational context of nursing care in stroke units: A case study approach, UK. *International Journal of Nursing Studies* 46(1): 86-95
- Clarke, David J. 2010. Achieving teamwork in stroke units: the contribution of opportunistic dialogue,UK. *Journal of Interprofessional Care* 24(3):285-297.
- Seneviratne, Cydnee C, Charles M Marther, og Karen L Then 2009. Understanding nursing on an acute stroke unit: perceptions of space, time and interprofessional practice, Canada. *Journal of Advanced Nursing* 65(9):1872-1881.
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal. Akademisk.
- Damsgaard, Hilde Larsen. 2010. *Den profesjonelle sykepleier*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

- Granum, Vigdis. Betty-Ann Solvoll. 1997. *Sykepleieren - den forskende praktiker*. Tano Aschehoug.
- Helsedirektoratet (2010): Nasjonal retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Rapport Is- 1688. Oslo: Helsedirektorat. Tilgjengelig på: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/nasjonale_retningslinje_for Behandling_og_rehabilitering_ved_hjerneslag___fullversjon_702244.
- Helse omsorgsdepartement (2011): Tema: Samhandlingsreformen for utskrivningsklare Tilgjengelig på; (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/omsamhandlingsreformen/utskrivningsklare-pasienter.html?id=650123>). (Lest 31.10.2011).
- Henderson, Virginia A. 1998. *Sykepleiens natur*. Refleksjoner etter 25 år. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Henderson, Virginia A. 1997. *ICN Sykepleiens grunnprinsipper*. 4. utg. Norsk Sykepleierforbund.
- Høgskole i Molde. 2011. *Kildehenvisninger og referanselister - en veiledning*. Molde: Høgskole i Molde. Tilgjengelig på: http://kvalitet.himolde.no/KS_TJI402
- Høgskole i Molde. 2011. *Retningslinjer for avsluttende bacheloroppgave*. Avdeling for helse- og sosialfag Bachelorgrad i sykepleie. Molde: Høgskole i Molde.
- Jacobsen Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes, og Olav Røise . 2 utgave 2009 *Sykdomslære Indremedisin, Kirurgi og anestesi*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jakobsen, Rita.. 2. utgave 2005 *Klar for fremtiden? - Om kvalitet, endring og temaarbeid i sykepleieleidelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kirkevold, Marit. 2010. The Role of Nursing in the Rehabilitation of Stroke Survivors: An Extended Theoretical Account. *Journal of Clinical Nursing* 33(1): 27-40.
- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (red.)1. 2005 *Grunnleggende sykepleie* 4. 1utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 2011. *Sykepleiens grunnlag rolle og ansvar*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag As.
- Kvigne Kari, Marit Kirkevold og Eva Gjengedal. 2005. The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses, Norway. *Journal of Clinical Nursing* 14(7): 897-905

- Long, Andrew F., Rosie Kneafsey, Julia Ryan og Judith Berry. 2002. The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team, UK. *Journal of Advanced Nursing* 37 (1): 70-78.
- Long, Andrew F., Rosie Kneafsey, og Julia Ryan. 2003. Rehabilitation practice: challenges to effective team working, UK. *International Journal of Nursing Studies* 40(6): Pages 663-673.
- Mekki, Tone Elin og Søren Pedersen (red.). 2004. Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie. Oslo: Akribe AS.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2009. *Tema: Referebedømming*.
<http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/?search=advanced>.
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, og Liv Merete Reinart. 2008. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Orvik, Anne. 2004 Organisasjonisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS.
- Pryor, Julie. 2008. A nursing perspective on the relationship between nursing and allied health in inpatient rehabilitation, Australia. *Disability and Rehabilitation*, 30(4): 314-322
- Rudd, Anthony G., Damian Jenkinson, Robert L. Grant og Alex Hoffman. 2009. Staffing levels and patients dependence in English stroke units, UK. *Clinical Medicine* 9(2): 110-115.
- Thommessen, Bente og Torgeir B. Wyller. 2007. Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag, Norge. *Tidsskrift nor Legeforening* 127(9): 1224- 7
- Torres-Arreola, Laura del Pilar, Svetlana Vladislavovna Dubova, Sergio F. Hernandez, Laura E. Torres-Valdez, Norma P. Constantino-Casas , Fernando Garcia-Contreras og Sara Torres-Castro. 2009. Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico *Journal of Clinical Nursing* 18(21):2993-3002.
- Wekre, Lene Lande og Kjersti Vardeberg (red.). 2004. *Lærebok i rehabilitering, når livet blir annerledes*. ss 125-148. Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbasert omvårdnad – En bro mellom forskning og klinisk virksomhet*. Sverige: Lund Studentlitteratur.

Vedlegg 1

Søkehistorie skjema for Databasesøk.

Søkedato	Database	Søkeord	Treff	Leste abstrakter	Kvalitets sikrede artikler	Artikler som skal brukes
17.02.11	Journal of Clinical Nursing(Ovid Medline)	Stroke*, nursing care* rehabilitat*(limit last 5 years og middle age)	67	9	1	Art. nr1
19.05.11	Ovid Medline	Stroke* Mesh: Stroke AND rehabilitation Mesh: Rehabilitation OR Rehabilitation Nursing AND Nurses.	20	3	1	Art. nr 2
9.06.11	International Journal of Nursing Studies (ProQuest Nursing & Allied Health Source)	Nurs* AND Stroke AND Rehabilitation	30	4	1	Art. nr 3
05.09.11	Ovid Medline	Stroke* AND Multidisciplinary Care Team Mesh: interdisciplinary work AND nurse Mesh: Experience Nurses	43	2	1	Art. nr 4
05.09.11	Ovid Medline	Stroke* Mesh: exp Stroke Units AND exp Multidisciplinary Care team Mesh: Interdisciplanar y work AND	49	4	1	Art. nr 5

		exp Nursing organizations Mesh: organize				
30.09.11	Ovid Nursing	acute* AND nursing* AND hospital* AND rehabilitat* AND stroke	51	5	1	Art.nr 6
30.09.11	Ovid Medline	Nur* Mesh: Nursing AND perspective Mesh: Staff, Hospital Nurse's Role Nursing work Rehabilitation Nursing AND inpatient	3	2	2	Art.nr 7 Art.nr 8
04.10.11	Ovid Medline	Staff* AND Stroke stroke units Mesh: Hospital Units AND Nursing Mesh: Nursing	10	2	1	Art.nr 9
07.10.11	Ovid Medline	Stroke*Mesh: Rehabilitation. Nursing team working.	4	2	1	Art. nr 10
10.10.11	Ovid Medline	Nurse`s role Mesh: Nurse's Role Professional Role Mesh: Interprofessiona l Relations Patient Care Team Mesh: team working stroke Mesh: Stroke	37	2	2	Art. nr 11 Art. nr 12

Vedlegg 2

Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler.

Vedlegg 1 Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere/ Frafall	Hovedfunn	Etisk hensyn	Kvalitet
Art. nr. 1 Kari Kvigne Marit Kirkevold Eva. Gjengedal 2005 Norge. Faculty of nursing, Hedmark university collage, Norway	The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses.	Å forske på egenskapen i sykepleien og rehabilitering til kvinnelige slagpasienter. Om kvinner fikk annen sykepleie siden de var kvinner.	Kvalitativ e. Dybde intervjuet. I dataene ble analysepro sessen inspirert av Giorgi's fenomenol ogiske metode.	14 sykepleiere ble intervjuet. 25 pasienter fra 2 generelle medisinske enheter og en rehabilitering enhet ved 3 sykehuset i Norge.	I denne litteratur studien kommer det fram at en av oppgavene hos sykepleier var å ta seg av den grunnleggende pleie. Lytt til	Godkjent av Den Regionale etiske komite.	Grad 1

<p>Art. Nr. 2 Torres-Arreola, Laura del Pilar, Svetlana Vladislavovna Dubova, Sergio F. Hernandez, Laura E. Torres- Valdez, Norma P. Constantino- Casas , Fernando Garcia-Contreras og Sara Torres- Castro. 2009. Mexico. Journal of Clinical Nursing.</p>	<p>Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å se om kursete sykepleiere i rehabilitering, i sykehusfasen, kunne ha bedre effekt på slagpasienter enn de som ikke fikk dette tiltaket.</p>	<p>Kvantitati v</p>	<p>2 rehabiliterings strategier gitt av sykepleiere til slagpasienter. Gruppe S1: Gitt undervisning fra fysioterapeuter. Gruppe S2: vanlig sykepleier utdanning. 110 slagpasienter deltok.</p>	<p>Det kommer fram at sykepleiersfunksjo n er å gi rehabilitering til slagpasienter. Sykepleieren kan lære det grunnleggende, men de har ikke den samme kompetansen som en fysioterapeut. Og det fører til at pasienten ikke får den behandlingen enn har krav på.</p>	<p>Alle informantene ble informert og gav samtykke til å delta.</p>	<p>Grad 2.</p>
<p>Art. nr. 3 Christopher R. Burton, Andrea Fisher, Theresa L. Green 2009 England.</p>	<p>The organizational context of nursing care in stroke units: A case study</p>	<p>Målet var å identifisere de organisatoriske faktorene som støttet opp under evnen til å</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Sykepleiere og medlemmer av tverrfaglige team i to kanadiske akutte slagenheter. I alt</p>	<p>Funnene understreket betydningen av en overordnet tjenestemodell til å veilede</p>	<p>Godkjent av den Lokale etiske komite.</p>	<p>Grad 1</p>

International Journal of Nursing Studies.	approach	levere sykepleie av høy kvalitet i slagavdelinger.		20 intervjuene ble gjennomført	organiseringen av pleie og utvikling av spesialiserte og avanserte sykepleie i tverrfaglig team.		
Art nr. 4 Susan Barreca, Seanne Wilkins Article first published online: 2008 Canada. The Authors. Journal compilation.	Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit.	Dette var en studie som ble gjort for og utforske oppfatningen, tro og følelser til en gruppe sykepleiere som gav sykepleie til slagrammede pasienter.	Kvalitative	8 canadiske sykepleiere ble intervjuet.	Funnene viste at sykepleiere spiller en sentralrolle i rehabiliteringsfasen. Deltagerne hevdet at sykepleierens rolle er viktig og omfattende i slagteamet.	Godkjent av Sykehuset forsknings etiske styre.	Grad 1
Art. nr. 5 Cydnee c, Seneviratne, Charles M. Marther and Karen L. Then 2009 Canada. The Authors. Journal compilation	Understanding nursing on an acute stroke unit: perceptions of space, time and interprofessional practice.	Denne studien ble gjennomført for å avdekke sykepleiers oppfatning av omsorgen for slagrammede pasienter i den akutte fase.	Kvalitative intervjuer, og observasjoner i felten.	9 helsepersonell ble intervjuet, inkludert sykepleiere. Og i tillegg ble det gjort 20 observasjoner av helsepersonell under pasient behandling, tverrfaglige møter og daglig	Tre temaer - Plassmangel. - Tid. - Tverrfaglig samarbeid.	Godkjent av Den lokale helse etiske styre.	Grad 1

				samhandling			
Art. nr. 6 Monica Arias, og Lorraine N Smith. 2005 England. Journal of Clinical Nursing.	Early Mobilization of acute stroke patients.	Hensikten var å undersøke tidlig mobilisering av slagpasienter i den akuttefase.	kvantitativ	39 leger, 39 sykepleiere og 21 fysioterapeuter. Til sammen 99 deltagere.	Denne studien kommer det fram at det er viktig med samarbeid rundt hver pasient. Leger, sykepleiere og fysioterapeuter samarbeider om å få mobilisert slagpasienter. Men leger, sykepleiere og fysioterapeuter har forskjellige meninger om hva som er best for pasienten.	Godkjent av Multi senters forknings etiske komite.	Grad 2
Art. Nr. 7 Julie Pryor 2007 Australia Informa healthcare.	A Nursing perspective on the relationship between nursing and	Hensikten var å skape en forståelse for faktorer som påvirker sykepleiers bidrag til	Kvalitativ e. Intervju og observasjon	59 sykepleiere. Der 32 ble intervjuet og observert. 12 deltok bare på intervju. 9 ble observert men	Funnene sier at sykepleiers oppgave i det tverrfaglige teamet var ofte å gjøre klar pasienten til fysioterapi, og	Godkjent av Den akademiske institusjonell e etiske komite.	Grad 2.

	allied health in inpatient rehabilitation.	rehabilitering.		ikke intervjuet.	motivere de til å delta.		
Art.nr. 8 Anita Atwal 2006 England. International Journal of Nursing Practice.	Nurs perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care.	Hensikt var Sykepleiers erfaring i det tverrfaglige samarbeid og møtene de hadde.	Kvantitativ	19 sykepleiere ble intervjuet, og direkte observert i tre avdelingen	I studien beskrev sykepleier tverrfaglig team som en komplett myte, idealistiske og symbolsk. Tverrfaglig møtene ikke hadde oppnådd den aktuelle eller ønsket resultat.	Godkjent av Sykehuset etiske komite.	Grad 2
Art. nr 9 Anthony G Rudd, Damian Jenkinson, Robert L Grant and Alex Hoffman 2009 England. Clinical Medicine.	Staffing levels and patients dependence in English stroke units	Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan slagenheter var bemannet og hva det hadde å si for pasientene.	Kvalitativ	140 slagenheter ble plukket ut. Et spørreskjema ble sendt ut til vær avdeling for å innhente datasamling av pasienter, ansatte, og sykepleiere. 92 slagenheter ble med på	I denne studien kommer det fram at sykepleier og fysioterapeutene har for liten tid til pasientene, i forhold til de andre i det tverrfaglige teamet.	Alle informantene ble informert og gav samtykke til å delta.	Grad 2

				undersøkelsen.			
Art.nr. 10 David J. Clark. 2010 England. Informa healthcare.	Achieving teamwork in stroke units: The contribution of opportunistic dialogue.	Hensikten med denne studien var å forstå og forklare hvordan teamarbeid ble oppnådd og oppretholdt i to slag rehabilitering enheter.	Kvalitativ. semi- strukturert e intervjuer.	2 slagenheter ble inkludert, for å sammenligne. 220 intervjuer. På 18 mnd. Deltagere var ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, assistenter, kostholdseksperter, leger, studenter.	I studien kommer det fram sykepleiers positive og negative erfaring med å jobbe i tverrfaglig team.	Alle informantene ble informert og gav samtykke til å delta.	Grad 2
Art. nr. 11 Andrew F. Long. Rosie Kneafsey, Julia Ryan, Judith Berry. 2002 England. Journal of Advanced Nursing.	The role of the nurse within the multi- professional rehabilitation team.	Hensikten var og identifisere hvilket bidrag sykepleieren har i det tverrfaglige rehabiliterings team.	Kvalitativ	10 brukere og pårørende, 21 sykepleiere, 23 tverrfaglig team og 20 pedagoger.	Sykepleiere som arbeider med rehabilitering kan ha behov for å reflektere over sine roller. Ledere trenger større forståelse av hva rehabilitering og hva sykepleiers	Godkjent av Multisenteret s og Den lokale etisk komite.	Grad 1

					rolle omfatter.		
Art. nr. 12 Andrew F Long, Rosie Kneafsey, og Julia Ryan. 2003 England. International Journal of Nursing Studies.	Rehabilitation practice: challenges to effective team working	Hensikten med denne studien var finne ut av sykepleiers rolle og bidrag som ble gitt under rehabiliteringsfa sen. Og undersøke sykepleiernes syn på relevansen av sykepleier utdanning som en forberedelse til denne rollen.	Kvalitativ	3 forskjellige avdelinger som deltok i undersøkelsen. Der en av dem er slagenhet, der 17 pasienter, 21 sykepleiere, 23 tverrfaglig team deltok.	Fire Temaer: - Oppfatning er av roller. - Anerkjennel se av sykepleiern es bidrag. - Rolle grenser. Ressursspørsmål og organisering av tjeneste.	Godkjent av Multisenteret s og Den lokale etisk komite.	Grad 1

Bilaga H

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad?

Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang?

Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant?

Ja Nej Vet ej

– Strategiskt?

Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet?

Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt?

Ja Nej Vet ej

– Råder datamätnad?

Ja Nej Vet ej

– Råder analysmättnad?

Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

Ja Nej Vet ej

Genereras teori?

Ja Nej Vet ej

Vedlegg 4

Refereevurderte artikler:

Artikler	Tittel	Nivå
<p>Kvigne, Kirkevold og Gjengedal 2005. The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses.</p> <p>Long et al. 2002. The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team.</p> <p>Barreca og Wilkins 2008. Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit.</p> <p>Seneviratne, Marther og Then 2009. Understanding nursing on an acute stroke unit: perceptions of space, time and interprofessional practice.</p>	Journal of advanced nursing	2
<p>Burton, Fisher, Green 2008. The organizational context of nursing care in stroke units: A case study approach.</p> <p>Long, Kneafsey og Ryan 2003. Rehabilitation practice: challenges to effective team working.</p>	International Journal of Nursing studies	2
<p>Arias, og Smith 2007. Early mobilization of acute stroke patients.</p> <p>Torres-Arreola et al. 2009. Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico.</p>	Journal of clinical nursing	2
<p>Rudd et al. 2009. Staffing levels and patients dependence in English stroke unit.</p>	Clinical medicine	1
<p>Clarke 2010. Achieving teamwork in stroke units: the contribution of opportunistic dialogue.</p> <p>Pryor, J., 2008. A nursing perspective on the relationship between nursing and allied health in inpatient rehabilitation.</p>	Informa Healthcare	1
<p>Atwal og Caldwell 2006. Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care.</p>	International Journal of Nursing Practice	1

Vedlegg 5

Tankekart:

