

# Sykepleie – en balansekunst i rehabiliteringsprosessen

Nursing: A Balancing Act in the Rehabilitation Process

► **Background:** The roles and responsibilities of nurses in rehabilitation seem to be unclear and less attended to, in spite of the fact that they are the largest professional group in rehabilitation. The purpose of this study was to describe nurses' functions in rehabilitation as it is experienced by nurses who work in nursing homes with elderly residents as a major group. Phenomenological method was applied and data was collected by means of in depth interviews with six experienced nurses, representing different institutions. Four significant functions were identified: 1) the safeguarding function of maintaining a holistic perspective in the rehabilitation process, 2) the relational function, 3) the function of facilitating user involvement, and 4) the node function in the multidisciplinary team. Nursing in rehabilitation involves the act of balancing many areas of demand in order to safeguard that rehabilitation efforts are relevant, consecutive and applied in respect of the patient's resources.

**Keywords:** elderly, interdisciplinary nursing, rehabilitation, qualitative research.

May Britt Ruud og Kristin Heggdal

Peer reviewed artikel

## Bakgrunn

Prognoser for de nordiske landene viser at antallet eldre øker i alle de nordiske landene frem mot 2040 (1). Eldre vil med økende alder ofte ha flere sykdommer og svekket fysisk og kognitivt funksjonsnivå. Når akutt skade eller sykdom oppstår, vil de derfor i utgangspunktet være sårbare og ha behov for hjelp fra helsevesenet (2). Dette medfører også økt behov for rehabilitering for å gjenvinne tidligere funksjonsnivå og lære seg å leve med funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er, i følge politiske dokumenter, et prioritert område, og egenomsorg, selvbestemmelse og ressursfokuseringen vektlegges som føringer for rehabiliteringsarbeidet (3,4,5). Målet er større grad av aktivitet og deltagelse, for dem det gjelder, og mulighet for å bo hjemme og klare seg selv så lenge som mulig (2,6). Utviklingen i de nordiske landene innebærer at rehabilitering i stor utstrekning er organisert av kommunene. Rehabilitering er noen steder organisert i kommunale helsesentre, eller i egne rehabiliteringsavdelinger i sykehjem eller lignende institusjoner og i pasientens hjem

(6). Selv om alle aldersgrupper er representert, er eldre personer i flertall som brukere av kommunale rehabiliteringstjenester.

Sykepleiere utgjør en stor faggruppe innen rehabiliteringsfeltet. Det er derfor nærliggende å anta at de har et stort ansvar og mange ulike funksjoner i det tverrfaglige team som tilbyr rehabiliteringstjenester. Samtidig viser forskning at sykepleiefunksjonen er uklart definert (7), noe som kan medføre utydelige ansvarsforhold og kan svekke forsvarligheten i utøvelsen av helsehjelpen. Nye studier viser at klargjøring av sykepleiefunksjonen er viktig både for å sikre kvalitet og for å rekruttere nye sykepleiere innen ulike felt i kommunehelsetjenesten (8,9).

Hensikten med denne studien var derfor å bidra til klargjøring av sykepleiefunksjonen når rehabilitering foregår i sykehjem.

### Hva og hvordan bidrar sykepleiere til rehabilitering?

For å få et bilde av tidligere forskning som belyser sykepleiefunksjonen i rehabiliteringsfeltet, ble det gjort et litteratursøk i databasene: SveMed+, Medline, Cinahl og Ovid nurse, med søkeordene nurses role, nursing, geriatric nursing, rehabilitation, geriatric rehabilitation og nursing homes. I utgangspunktet ble nøkkelordene benyttet hver for seg og deretter kombinert. Søket ble avgrenset til engelskspråklige, norske, svenske eller danske publikasjoner fra 1992-2012. I det følgende avsnittet oppsummeres funn fra relevante studier.

Long et al. (10) beskriver følgende seks funksjoner som sykepleiere har i rehabiliteringsfeltet: Vurdere og oppdage hinder for rehabiliteringen, koordinere arbeidet og sørge for god kommunikasjon, gi god fysisk omsorg, sikre integrering og videreføring av rehabiliteringsopplegg, involvere pårørende og oppdatere det tverrfaglige teamet. Kirkevold (7,11) forskning belyser sykepleie ved hjerneslag og bidrar med utdypende beskrivelser av hvilke funksjoner sykepleiere har innen rehabilitering. Hun beskriver dette som den fortolkende, den støttende, den bevarende og den integrerende funksjon, og fremhever dette som fire terapeutiske funksjoner som er fagspesifikke for sykepleiere innen rehabilitering. Den fortolkende funksjonen innebærer at sykepleieren hjelper pasient og pårørende til å få en realistisk oversikt over de utfordringene den eldre nå står overfor, samt ressurser og tidsperspektiv i rehabiliteringsforløpet. Den støttende funksjon innebærer å skape tillit og trygghet og hjelpe pasienten til å opprettholde håpet, styrke pasientens selvbylde og verdighet, samt motivasjonen til å opprettholde det sosiale nettverket. Den bevarende sykepleiefunksjonen omfatter ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov, å sikre balanse mellom aktivitet og hvile, og bidra til at personens fysiske og psykiske energi opprettholdes. Sykepleierens integrerende funksjon består i å integrere rehabiliteringstiltakene i dagliglivets aktiviteter. Ifølge Kirkevold er sykepleieren pasientens talsperson og bindeledd til det tverrfaglige teamet i behandlingsskjeden. Vahakangas et al. har gjennomført en

studie (12) der fokus var mer spesifikt på sykepleie innen geriatrisk rehabilitering. Disse forskerne fremhever at sykepleierens holdninger, kunnskaper og ferdigheter fungerer som støtte og hjelp til den eldre pasienten og som et bidrag til at det tverrfaglige teamet får en helhetsoversikt. Dette er viktig for å sikre koordinering i rehabiliteringsarbeidet. Sykepleierens kompetanse i å ha oversikt over pasientens fysiske funksjoner var en sentral funksjon som har betydning for arbeidet med å styrke den eldre personens deltagelse i rehabiliteringen. Studien viser også at faggruppen ansees å ha en viktig funksjon når det gjelder trening i daglige aktiviteter.

I en irsk studie ble ni sykepleiere intervjuet om sin rolle i rehabilitering i møtet med eldre. Sykepleierne fremhevet ansvaret for å maksimere den eldre personens potensialer med fokus på livskvalitet. De vektla et helhetlig perspektiv på rehabiliteringen og fremhevet de emosjonelle og psykologiske dimensjonene i rehabiliteringen og sykepleierens rolle i å skape en god relasjon til pasienten, forstå pasienten og bidra til å sette mål som er meningsfulle for den det gjelder. Sykepleierne i denne studien beskriver sin funksjon som et knutepunkt i rehabiliteringen som samler informasjon, koordinerer, overtar de andre faggruppens oppgaver ved behov og integrerer aktiviteter i personens dagligliv (13).

Andre studier viser at sykepleiere opplever å ha for lite opplæring innen rehabilitering og at kompetansebygging er viktig (12,14). I en studie der pasienter ble intervjuet, ble sykepleierrollen beskrevet som passiv, diffus og uavklart. Samtidig fremhever pasientene at sykepleiere har mange ansvarsområder slik som ivaretagelse av grunnleggende, eksistensielle og praktiske behov, emosjonell støtte, tilstedeværelse og hverdagslig kommunikasjon, ivaretagelse av brukermedvirkning, opplæring og veiledning (15). Det diffuse og uavklarte ved sykepleierfunksjonen bekreftes også i en studie av Walters og Luker (16) som viser at sykepleiefunksjonen anses å være betydningsfull, med et 24 - timers omsorgsansvar, men at det fortsatt er vanskelig å forstå sykepleierens rolle i rehabilitering (16).

Gjennomgangen av forskningen etterlater et inntrykk av at vi vet noe om hvilke oppgaver sykepleiere ivaretar innen rehabilitering, slik som for eksempel koordineringsoppgaver, å sørge for god kommunikasjon og at de har terapeutiske oppgaver i relasjon til pasienten, men at det fortsatt eksisterer en uklarhet når det gjelder hva sykepleiere gjør og hvordan de utfører sine funksjoner. Funnene tyder også på at det kan være forskjell mellom det sykepleierne selv opplever som viktige funksjoner og hva pasientene og annet helsepersonell ser og verdsetter som viktig.

På bakgrunn av dette var målet med studien å få en dypere innsikt og forståelse for hvordan sykepleiere opplever sin funksjon og beskrive dette ut fra dette perspektiv. Forskningsspørsmålet for studien var: Hva er karakteristisk for sykepleiefunksjonen når rehabilitering foregår i sykehjem?

## Metode

### Deltagere

Vi valgte en fenomenologisk metode som forskningstilgang for å få svar på problemstillingen. Det empiriske materiale ble innhentet gjennom dybdeintervju med seks kvinnelige sykepleiere som arbeider ved tre ulike sykehjem i kommunehelsetjenesten i Norge. Inklusjonskriteriene innebar at sykepleierne hadde minst 5 års arbeidserfaring innen rehabilitering av eldre slik at empirien kunne avspeile erfaringer innen feltet over tid. Et annet kriterium var at kommunene hadde egne rehabiliteringsavdelinger i sykehjemmet der sykepleierne arbeidet. Intervjudeltagerne ble rekruttert fra tre ulike kommuner og ble rekruttert til studien via ledelsen på sine arbeidsplasser.

### Etikk og prosedyre

Studien er utført i tråd med forskningsetiske retningslinjer nedfelt i Helsinkideklarasjonen (17) og ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste før intervjuene ble gjennomført (18).

Sykepleierne mottok et informasjonsskriv med opplysninger om studiens hensikt og informasjon

om at de når som helst kunne trekke seg fra studien, uten at dette skulle få noen negative konsekvenser. Frivillig, skriftlig informert samtykke ble innhentet og opplysninger ble konfidensielt behandlet. Deltagerne fikk selv velge tid og sted for intervju og godkjente bruk av lydband for registrering av data. Hvert intervju varte ca. 60 min. og ble deretter transkribert til tekst.

En tematisk intervjuguide ble anvendt for å strukturere samtalen. Eksempel på spørsmål var: Hva er din funksjon som sykepleier i rehabiliteringsprosessen overfor pasienten og som en del av det tverrfaglige team? Hva er din spesifikke kompetanse?

Intervjuene hadde preg av en samtale der deltagerne kunne snakke fritt ut fra temaet, og der supplerende og utdypende spørsmål ble stilt underveis (19).

Intervjuene, transkribering og analysen ble utført av førsteforfatter. Andreforfatter deltok i planlegging av prosjektet og i siste del av analysen hvor funnene ble sammenfattet.

### Analyse

Malteruds (18) modifisering av Giorgis fenomenologiske metode ble fulgt i analysen. Dette innebærer en systematisk tekstkondensering i fire trinn:

Første trinn bestod i å danne seg et helhetsinntrykk av innholdet i intervjuene.

Andre trinn innebar dybdeanalyse med tanke på å identifisere temaer i datamaterialet som kunne knyttes til sykepleierens funksjoner med sykehjem som rehabiliteringskontekst. De foreløpige temaene ble deretter utgangspunkt for utforming av kategorier slik som for eksempel kategoriene relasjon og helhet og meningsbærende enheter slik som tid og informasjon o.l. Kategoriene og de meningsbærende enhetene ble studert i flere omganger i lys av hele tekstmaterialet for å se om de var overlappende. Eksempler på temaer som fremkom gjennom første og andre analysetrinn, var sykepleieren som koordinator og underkategorier slik som «å trekke i trådene», «å pusle puslespill».

I tredje analysetrinn ble essensen i sykepleier-

nes opplevelser og erfaringer av egen funksjon sammenfattet. Eksempelvis at sykepleieren ser på seg selv som et knutepunkt i forhold til flere aktører i rehabiliteringsprosessen og hva denne funksjonen innebærer (se resultatdel).

Til sist ble det gjort en undersøkelse av om resultatene var en gyldig beskrivelse av den sammenheng de opprinnelig kom fra – i intervjuene.

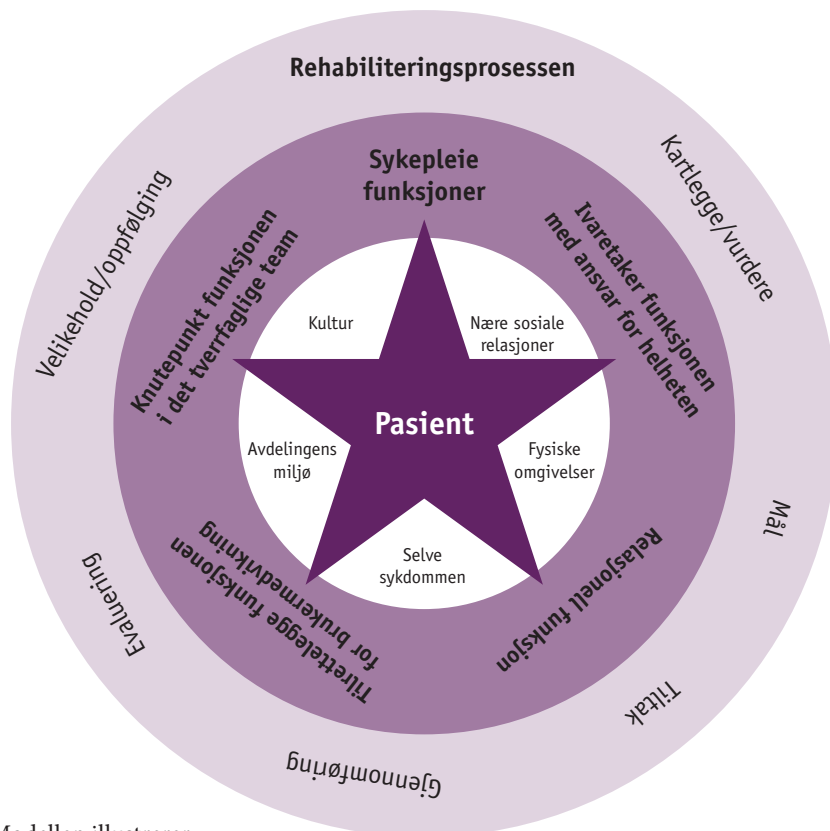
## Resultater

Analysen viser at sykepleierne i studien opplevde å ha fire hovedfunksjoner:

- ♦ Ivaretaker-funksjon med ansvar for helheten.
- ♦ Relasjonell funksjon i møtet med pasient og pårørende.
- ♦ Tilrettelegger-funksjon for brukermedvirkning.
- ♦ Knutepunkt-funksjon i det tverrfaglige team.

Disse temaene sammenfatter essensen i intervju-deltagernes utsagn om sykepleiefunksjonen i rehabilitering av eldre i sykehjem. Det hele kan beskrives som en balansekunst der sykepleieren utfører sine funksjoner i et kontinuerlig samspill med pasienten, de pårørende og andre fagpersoner i det tverrfaglige team.

Funksjonene utøves først om fremst i relasjon til pasienten og deres nærmeste, men er også viktige for å sikre at det tverrfaglige samarbeide skal komme pasienten til nytte. Resultatene av studien er illustrert i modellen i Figur 1. Modellen er formet som en sirkel med en stjerne i midten. Stjernen illustrerer sykepleierens opplevelse av pasienten som kraftsentrum og primærkilde i rehabiliteringen. Pasientens behov og aktuelle situasjon fungerer derfor som et ankerfeste og et balansepunkt som sykepleieren orienterer seg ut fra. Dette innebærer at sykepleieren ikke kan sette mål og iverksette tiltak uten pasientens medvirkning.



Figur 1. Modellen illustrerer sykepleiefunksjoner i rehabilitering i sykehjem.

Sykepleiefunksjonene er derfor plassert i en sirkel som omgir pasienten. Sirkelen illustrerer at alle funksjonene er like viktige og ofte anvendes samtidig, og at sykepleieren må ta hensyn til og balansere sine funksjoner i relasjon til pasientens behov og situasjon som helhet.

### **Ivaretaker-funksjon med ansvar for helheten**

Sykepleierne beskriver at deres funksjon er å ivareta helheten i rehabiliteringsarbeidet. Dette innebærer å ivareta både fysiske, psykiske, åndelige og sosiale dimensjoner hos pasienten.

“Man skal oppnå noe med rehabiliteringen slik at pasienten blir sterkere. Vi vil gjerne styrke muskulatur og allmenntilstanden generelt, derfor er også ernæringen viktig, men for at en skal få det til, så må en styrke hele mennesket, – også det psykiske og det sosiale.”

Funksjonen omfatter evnen til å se pasientens ressurser i forhold til utfordringer den enkelte står overfor, og styrke personens muligheter for å komme seg igjen. I kraft av sin fagkunnskap og tilstedeværelse gjennom hele døgnet i sykehjemmet var planlegging, koordinering og samarbeid med andre aktører innad i sykehjemmet, i kommunen og i møtet med pårørende, en viktig del av ivaretaker-funksjonen. Det handler om å skape en trygg og forutsigbar rehabiliteringsprosess for pasienten, hvor det i alle fall er én person som har oversikten og som kan koordinere det hele.

### **Relasjonell funksjon**

Den relasjonelle funksjonen innebærer en balansegang mellom å være faglig og hverdagslig, samtidig som en har en uformell tone i møtet med pasient og pårørende. Sykepleierne opplever seg altså på den ene side som en fagperson som ivaretar faglig forsvarlighet, og samtidig som et menneske som skaper tillit og trivsel for pasienten i rehabiliteringsavdelingen. De fremhevet at denne balansekunsten er viktig å mestre for å kunne skape en sosial kontekst som fremmer rehabiliteringsprosessen.

“Vi har det moro sammen med pasientene. På trimmen ler og skravler vi. Det er ikke sånn at det behøver å være veldig faglig hele tiden, vi kan ha det gøy også. Det er veldig viktig å få folk til å slappe av og kjenne at her er det godt å være.”

Samtidig som den uformelle tonen preger samhandlingen, beskriver sykepleierne at de ofte får medisinske spørsmål både fra pasienter og pårørende, og at de i disse situasjonene har en mer formell faglig funksjon der de formidler relevant medisinsk og/eller sykepleiefaglig informasjon og vurderinger.

### **Å gjøre for eller å tre tilbake**

Intervjudeltagerne beskriver at det er en balansegang å ivareta den eldre behov uten å overta for mye, og at de vurderer hvordan personens ressurser kan styrkes. Funksjonen innebærer å hjelpe personen til å se og anvende sine ressurser, støtte disse ressursene og ikke gi for mye hjelp. Sensitiviteten for når en skal gjøre noe for eller tre tilbake beskrives som en sentral arbeidsform i sykepleie innen rehabilitering. “Å jobbe med hendene på ryggen” er én beskrivelse for dette. Uttrykket viser at sykepleierne setter seg i en posisjon der de kontinuerlig vurderer relevansen av sitt bidrag i relasjon til personen det gjelder slik modell 1. illustrerer.

### **Å bidra til trygghet**

Dialogen med pasienten og de pårørende underveis i rehabiliteringsprosessen ble fremhevet som svært viktig for å skape trygghet i en ukjent situasjon preget av mange endringer. Sykepleierne var bevisst på å gi relevant informasjon på en forståelig måte og å forsikre seg om at informasjonen blir hørt og forstått. Spesielt i møtet med eldre, kan det være nødvendig å samtale om samme tema flere ganger.

“Informasjonen må jeg legge opp så enkelt som mulig. Da er det mye lettere for pasienten og de pårørende å følge med og forstå det som skjer. Blir det for komplisert, så gir de opp og tenker

at det blir for vanskelig. Det gjelder å finne den enkeltes kunnskapsnivå og mestringsnivå og legge det opp deretter.”

Sykepleierne forklarte at de bevisst unngikk å bruke fagspråk som kan skape avstand og hindre medvirkning fra pasientens side. De formidler en bevisst varsomhet i møtet med pasienten fordi hans/hennes livssituasjon kan være vanskelig etter langvarig sykdom eller skade. Kommunikasjon av holdninger og verdier kommer i følge sykepleierne til syne non-verbalt, derfor var refleksjon over egen måte å kommunisere på en nødvendig del av fagutøvelsen. Ifølge intervjudeltagerne skapes en god relasjon gjennom å lytte til og se pasienten som person, vise forståelse og styrke håpet om bedring. Sykepleierne fremhevet tilstedeværelsen og dialogen med pasienten som grunnleggende for å kunne hjelpe personen til å bevege seg videre, og ved det sikre fremdrift i rehabiliteringsprosessen.

### Å gi tid

Deltagerne understreket at en vellykket rehabilitering av eldre forutsetter at en tar hensyn til aldringsprosessen de er i. Eldre trenger for eksempel mer tid for at kroppen skal kunne fungere godt i forbindelse med daglige aktiviteter, og de trenger også tid til å finne seg til rette i sykehjemmet som er et miljø som er helt annerledes enn hjemme. Noen er slitne og forvirret, og da er tid en viktig faktor for å hente seg inn igjen. En sykepleier sier det slik:

“Til å begynne med er det ofte det kognitive og det mentale som er utfordringen for pasienten, – og det å innse hvordan situasjonen er. Pasientene greier ofte ikke å se fremover med en gang, ja, det tar kanskje noen uker. Vi må motivere, forklare og informere og undervise om hva som er vanlig.”

Sykepleierne i studien gir eksempler på vendepunkter underveis i rehabiliteringen og fremhever at det er snakk om en individuell prosess som krever tid og som ikke kan forstås ut fra begreper om et forventet forløp.

### Tilretteleggerfunksjonen for brukermedvirkning

Rehabilitering har som forutsetning at pasienten selv “kommer på banen” og deltar aktivt i sin egen prosess. Sykepleierne formidler at god timing er viktig for å utfordre pasienten til å delta og samarbeide om hva som skal til for å komme seg. Følgende eksempel viser hvordan sykepleierne reflekterer over denne funksjonen:

“Det er viktig å gi pasientene litt ansvar slik at de får mulighet til å delta i sin egen prosess. De kan for eksempel si noe om hva *deres* mål er. Da kan vi også forvente noe, – det synes jeg at vi kan kreve. Hvis vi kan bruke ‘kreve’ som et ord? Og det er kanskje litt tøft, men det er rett og slett et positivt puff for å få folk litt i gang. Vi har sett at det fungerer. Så en skal ikke være snill hele tiden, du skjønner hva jeg mener?”

Målet er altså å bygge opp igjen motivasjonen for å få til en endring gjennom deltagelse og etter hvert også styring i egen rehabiliteringsprosess. Når rehabilitering foregår i sykehjem, innebærer dette å bistå den eldre med utgangspunkt i personens ressurser og det de kan greie på det aktuelle tidspunkt. Slik kan pasienten få hjelp til å finne drivkraften i rehabiliteringen. Noen ganger opplever sykepleierne at det kan være vanskelig for eldre å finne motivasjon til å komme seg igjen. Da er det om å gjøre å bidra til at personen finner “de indre verdiene som er viktig for vedkommende og ikke bare det som alle andre ser og tenker må være viktig for livskvalitet”. Pårørende anses som en viktig kilde til informasjon fordi de kjenner den eldre godt og kan fortelle om personens kapasitet og livssituasjon før og nå. Sykepleierne verdsetter pårørendes kunnskap og erfaring og fremhever at de kan bidra til å gjøre rehabiliteringsprosessen mer helhetlig.

### Knutepunktfunksjonen i det tverrfaglige team

Sykepleierne som ble intervjuet i denne studien, opplevde at fagpersonene i det tverrfaglige teamet utfylte hverandre, samtidig som de fremhevet sin egen fagspesifikke funksjon som knutepunkt i

rehabiliteringsprosessen. Knutepunktfunksjonen innebærer å ha ansvar for å være oppdatert og informert om pasientens situasjon og hva alle faggruppene jobber med i relasjon til den eldre for derved å kunne “sy sammen” de ulike tiltakene til en skreddersydd innsats for og med den enkelte pasient. Følgende utsagn illustrerer dette:

“Jeg prøver å se en helhet der alle sidene ved personen ivaretas. Som sykepleier ivaretar vi også det faglige i forhold til sykdommen og i forhold til medisiner. Jeg kjenner veldig på det at det er vi som trekker i trådene underveis i forløpet. Mennesket er sammensatt og det er noe vi må sikre at vi ser og tar hensyn til. Fysioterapeuten og ergoterapeuten har ansvar for den fysiske treningen.”

Sykepleierne begrunner sin knutepunktfunksjon dels i sin fagspesifikke kompetanse og dels i det faktum at de er en faggruppe som er til stede for og med pasientene 24 timer i døgnet i sykehjemmet, mens de fleste andre faggruppene kun er til stede kort tid noen dager i uken. Dessuten opplevde deltagerne i studien at de andre faggruppene formidler en forventning om at det er de, sykepleierne, som skal samle trådene og sammenfatte informasjonen. Analysen viser at knutepunktfunksjonen også er en forventning sykepleierne har til seg selv som igjen er knyttet til funksjonen med å ivareta helheten. Dette viser hvordan de ulike sykepleiefunksjonene henger sammen og utfyller hverandre, og viser også hvor omfattende utøvelsen av sykepleie er innen rehabilitering av eldre i sykehjem. Figur 1 illustrerer kompleksiteten i dette og aktuelle faktorer som sykepleiere må ta hensyn til i utøvelsen av sine funksjoner.

## Diskusjon

Rehabilitering av eldre i sykehjem er et vekstområde og en viktig del av det helsefremmende arbeidet i kommunene (6). Hensikten med denne studien var å få dypere innsikt og forståelse for hva som karakteriserer sykepleiefunksjonen når

rehabilitering foregår i sykehjem. Funnene viser at sykepleierne opplever å ha fire hovedfunksjoner. Dette er: Ivaretaker-funksjon med ansvaret for helheten, relasjonell funksjon, tilretteleggerfunksjon for brukermedvirkning og knutepunktfunksjon i det tverrfaglige team.

Samlet sett viser funnene at utøvelsen av sykepleiefunksjonene kan sammenlignes med en balansekunst der sykepleieren kontinuerlig vurderer den eldre personens helsetilstand, ressurser og utfordringer, og relevansen av de fagspesifikke tiltakene i lys av situasjonen som helhet slik modellen i Figur 1 viser til. Sykepleiere har ansvar for at oppdatert informasjon og medisinske vurderinger videreformidles til det tverrfaglige temaet, til pasienten og de nærmeste. Funnene tydeliggjør kompleksiteten i sykepleiernes arbeid, der de hele tiden må ta hensyn til mange sider ved pasientens situasjon og har et overordnet ansvar for å sikre at rehabiliteringen foregår forsvarlig. Dette forutsetter både en høy grad av fagkompetanse og tilstedeværelse samt utøvelse av skjønn i møtet med den enkelte pasient og situasjon.

Stjernemodellen (Figur 1) viser at alle de nevnte funksjonene er viktige og at de henger sammen. Likevel vil vi spesielt fremheve knutepunktfunksjonen og funksjonen med å ivareta helheten, fordi disse funksjonene er fremtredende i datamaterialet og bidrar til en klargjøring av sykepleiefunksjonen innen rehabilitering i sykehjem.

### Sykepleiernes knutepunktfunksjon – en forutsetning for sammenheng og kvalitet i rehabiliteringsprosessen

Sykepleierne i studien beskriver knutepunktfunksjonen i det tverrfaglige teamet som en grunnleggende funksjon for at rehabilitering skal kunne foregå som en sammenhengende og koordinert innsats. Funksjonen innebærer at sykepleier til enhver tid innehar oppdatert informasjon om pasienten og har oversikt over hva alle bidrar med i relasjon til den aktuelle pasient, samt har oversikt over pasientens reaksjoner på det som skjer. I Figur 1 er sykepleiefunksjonene plassert mellom pasienten og den strukturerte rehabiliteringsprosessen, noe som illustrerer balanse-

gangen, oversikten og helhetsbildet sykepleieren ivaretar. Knutepunktfunksjonen handler altså om å samle trådene og ha en hovedoversikt underveis. At det nettopp er sykepleier som representerer knutepunktet i det tverrfaglige teamet, har både med sykepleierens fagutdanning å gjøre og tilstedeværelsen gjennom døgnet. Utdanning og erfaring som sykepleier gir kompetanse til å ivareta et bredt ansvarsområde. Samtidig viser funnene at sykepleiefunksjonen innen rehabilitering i sykehjem er svært omfattende og kompleks. Dette understøttes av Burke og Dooly (13) som skriver at rehabilitering er så komplekst det ikke kan utføres av en faggruppe alene, men at sykepleieren er knutepunktet mellom pasienten, pårørende og andre faggrupper. Når sykepleiere samhandler kontinuerlig med pasienter, pårørende og faggrupper i det tverrfaglige teamet, opparbeider de seg oversikt og et bredt grunnlag for datasamling, vurdering og evaluering av rehabiliteringstiltak. Dette samsvarer med andre studier som viser at sykepleiere blir sett på som viktig nettopp fordi de har trening i å innhente, vurdere og videreformidle oppdatert informasjon om pasientenes tilstand og livssituasjon (10,11,13). Vår studie viser at sykepleierne ikke bare informerer og klargjør pasienter for trening, men at de på vegne av det tverrfaglige team sikrer en helhetlig tilnærming til pasienten, hvor hver minste del er av betydning for rehabiliteringsprosessen som helhet (23). Samtidig opplever sykepleierne i studien at det er de andre faggruppene, og spesielt fysioterapeutene, som blir ansett som de som "driver" med rehabilitering, mens sykepleierne gang på gang må bekrefte sin funksjon både overfor pasienter og de andre faggruppene. Andre studier viser også at sykepleierfunksjonen ikke blir anerkjent i rehabiliteringssammenheng og at mange av sykepleierens tekniske og fysiske omsorgsoppgaver blir beskrevet som en rutinejobb som er forventet utført fra det tverrfaglige team (10,13,16). Dette kan muligens ha sammenheng med at det rådende perspektivet innen rehabilitering fortsatt er gjenopprettelse av funksjonssvikt i en medisinsk forståelse. Et slikt syn på rehabilitering vil fremheve fysioterapeutens og ergoterapeutens funksjoner

med fokus på trening og fysisk funksjonsforbedring og støtter opp under synet på rehabilitering som en type terapi som eksperter utfører (16).

Kirkevolds (7,11) beskrivelse av de terapeutiske sykepleiefunksjonene bidrar til å synliggjøre sykepleiernes fagspesifikke bidrag til rehabilitering. Hun skriver for eksempel at den integrerende funksjonen innebærer å assistere pasienten med å integrere trening og læring i dagliglivets aktiviteter gjennom hele døgnet. Våre funn underbygger Kirkevolds beskrivelse av den terapeutiske sykepleiefunksjonen og utvider forståelsen for det fagspesifikke bidrag ved å kaste lys over knutepunktfunksjoner i det tverrfaglige team og ivaretaker-funksjonen med fokus på helheten i pasientens situasjon. Sykepleierne i studien konkretiserer dette ved å vise til at de fungerer som en talsperson for pasienten innad i det tverrfaglige teamet og ved at de har det medisinskfaglige ansvaret til daglig i sykehjemmet.

Riktignok har sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter en gjensidig informasjonsutveksling og veileder hverandre, men sykepleierne i studien fremhever at det likevel er deres ansvar å samle trådene og «å sy delene sammen» ved å anvende informasjonen i vurderingen av pasientens situasjon som helhet. Våre funn understøttes av andre studier på dette punkt (10,13). For å sikre en forsvarlig utøvelse av rehabiliteringstiltak innebærer knutepunktfunksjonen også informasjon, undervisning og veiledning av fysioterapeuter og ergoterapeuter, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere om de ulike medisinske tilstandene pasienten lever med og hva som er viktig å observere i samhandlingen. Long et al.s (10) beskrivelse av koordinasjon, kommunikasjon og oppdatering av det tverrfaglige teamet som aktuelle sykepleiefunksjoner bekrefter dette.

### **Ivaretaker-funksjon med ansvar for helheten – en forutsetning for et godt resultat**

Når sykepleierne i studien beskriver ivaretakerfunksjonen, henviser de til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (20) og anerkjente teoretiske rammeverk for rehabilitering slik som International Classifications of Functions (21). Deltagerne



understreker at de har ansvaret for å ivareta både psykiske, åndelige, fysiske, sosiale og medisinske dimensjoner ved pasienten. Burke og Doolys (13) studie fremhever at å ha et slikt helhetlig aspekt er nøkkelen til suksess i rehabiliteringen. Vi kan ut fra dette argumentere for at sykepleiefunksjonene som er identifisert i studien, kan knyttes direkte til resultatene av rehabiliteringen med den forutsetning at pasienten er aktiv deltager i prosessen. Ivaretaker-funksjonen for helheten kan også knyttes til Millers ressursfokuserte teori (22). Hun har identifisert syv ressursområder som er med på å hindre opplevelse av avmakt hos mennesker som er rammet av helsesvikt. Ressursene er: Et positivt selvbilde, tro, personlig energi, kunnskap og innsikt om egen sykdom og situasjon, psykisk utholdenhet og sosial støtte, motivasjon og fysisk styrke. Sykepleierne i vår studie var opptatt av å se etter og styrke disse ressursene hos den enkelte person, og å tilrettelegge for medvirkning fra pasienten og de pårørendes side. Sykepleierne beskriver sitt bidrag som en balansekunst og som en kompleks prosess hvor de kontinuerlig vurderer relevansen av rehabiliteringstiltak opp imot den eldre personens situasjon som helhet. Ofte handler det om å gå to skritt frem og et tilbake. Figur 1 illustrerer det samtidige og kontinuerlige i utøvelsen av funksjonene i form av en sirkel der likeverdige funksjoner samspiller i praksis. Dette samsvarer med beskrivelser av rehabiliteringsprosessen der hvor fasene i planen gjennomgås flere ganger i et rehabiliteringsforløp, og der fasene ikke er lette å skille fra hverandre og kontinuerlig må tilpasses personens situasjon (23).

### Sammenhengen mellom sykepleiefunksjonene – en balansekunst

Begrepet balansekunst gir assosiasjoner til å se fremover, ha evne til konsentrasjon og gjennomføringskraft samtidig som en kontinuerlig vurderer relevansen av ulike funksjoner og tiltak slik Figur 1 viser. Knutepunktfunksjonen og funksjonen med ivaretaging av helheten fylles med fagetisk innhold i utøvelsen av den relasjonelle funksjon og i funksjonen med å tilrettelegge for brukermedvirkning.

Sykepleierne i studien fremhever betydningen av å skape en god relasjon til pasienterne og deres pårørende som en forutsetning for god samhandling og et godt resultat for den eldre. Pasientens ressurser til å mestre stress og sykdom avhenger i stor grad av hva eller hvem pasienten har tro og tillit til. Tillit og tro på helsevesenet kan altså hjelpe personer å møte problemer med en ny forståelse og innstilling (22). Dette er også essensen i den støttende sykepleiefunksjonen hvor det å bli kjent med pasienten og kartlegge ressursene står sentralt (7,11). Sykepleierne i vår studie beskriver også kommunikasjon som nøkkelen i relasjonen og hvordan de bidrar med støtte ved å bygge opp pasientens tillit og tro på egne ressurser. Etablering av denne grunnleggende relasjonen er derfor av største betydning for gjennomføringen av en vellykket rehabilitering og er noe sykepleierne oppfatter som sitt ansvar å ta initiativ til å etablere.

Tradisjonelt syn på sykepleie med omsorg og stell kan være en utfordring i en rehabiliteringskontekst der målet er at pasienten skal oppnå best mulig egenomsorg (10,34). Spesielt gjelder dette den vanskelige balansen mellom å gjøre noe for noen eller å trekke seg tilbake. Det dreier seg både om den faglige vurderingen og de forventningene som ligger i møtet mellom pasient og sykepleier. Dette krever bevissthet og tilstedeværelse i hverdagens situasjoner i sykehjemmet for ikke å gjøre mer for pasienten enn nødvendig. Uttrykket "å jobbe med hendene på ryggen" beskriver dette. Samtidig vektlegger intervjudeltagerne betydningen av å kommunisere, informere og veilede for at den eldre har et godt grunnlag for å forstå betydning av egen deltagelse i rehabiliteringen og får mulighet til å engasjere seg (7,11). Motsetninger i forventningene mellom pasient og sykepleier oppstår gjerne ved endring av bidrag fra sykepleieren underveis når pasienten oppnår bedring. Sykepleierne i vår studie fremhevet spesielt mot, motivasjon og humør som viktige ressurser hos personen som styrker håp og evne til å håndtere utfordringer. Dette er i tråd med Millers (22) ressursfokuserte tenkning.

Flere medvirkende forhold synes å påvirke sykepleiernes utøvelse av sine funksjoner. Mye tyder

på at både knutepunkt og ivaretaker-funksjon med ansvar for helheten, relasjonell funksjon og tilrettelegging for brukermidvirkning er til dels usynlige funksjoner sett fra pasienter og andre faggruppers synsvinkel. Sykepleierne som ble intervjuet i Burke og Doolys' (13) studie, hevdet at utfordringen ligger i de rådende, tradisjonelle forventninger til sykepleierne og i dette at det ikke er så lett å vise til konkrete resultater ut fra måleverktøy og skalaer. Long et al. (10) underbygger dette idet de fremhever at sykepleiere har en altomfattende funksjon som inkluderer praktiske oppgaver, planlegging og koordinering av tjenesten, og at mange oppgaver tildeles dem av andre faggrupper uten at oppgavene nødvendigvis faller inn under sykepleierens spesifikke fag- og ansvarsområde. Sykepleierne i vår studie har lignende erfaringer og uttrykte frustrasjon over at de stadig blir avbrutt, noe som hemmer mulighetene for en fokusert deltagelse i rehabiliteringen på lik linje med de andre i det tverrfaglige teamet. Samtidig er det nettopp ivaretagelse av helheten og den komplekse knutepunkt-funksjonen som tydeliggjøres i funnene.

### Noen refleksjoner over studien

Studien bygger på et avgrenset datamateriale innhentet i en bestemt kontekst for rehabilitering, bestående av små fagmiljøer. Dette kan prege resultatene. Samtidig er det nettopp slike små fagmiljøer som får ansvar for å gjennomføre rehabilitering i kommunal regi fremover. Vi ser behovet for flere studier av sykepleiefunksjonen innen rehabilitering og i ulike kontekster, der funksjonen belyses både fra pasienters, pårørendes og andre faggruppers perspektiv.

## Konklusjon

Sykepleierne som ble intervjuet i denne studien, opplever at de har et betydningsfullt ansvar for å sikre kvalitet, forsvarlighet og sammenheng i den eldre rehabiliteringsprosess. Sykepleiefunksjonene de beskriver innebærer en ivaretaker-funksjon med ansvar for helheten, relasjonell funksjon, tilretteleggerfunksjon for brukermid-

virkning og å være et knutepunkt i det tverrfaglige teamet rundt pasienten. Dette krever en høy grad av kompetanse og tilstedeværelse fra sykepleierens side. Studien viser at en balansert utøvelse av sykepleiefunksjonene er nødvendig for å sikre et godt resultat av rehabiliteringen som helhet.

## Takk

Takk til alle sykepleierne som har deltatt i studien, for deres tid, imøtekommenhet og for at de delte sine erfaringer. Takk også til Øvre Eiker kommune som har bidratt med økonomisk støtte og lagt forholdene til rette for gjennomføring av forskningsarbeidet.

Avdelingssykepleier, Mastergrad i rehabilitering.

May Britt Ruud

Rehabiliteringsavdelingen

Øvre Eiker kommune Chr. IVs vei 25,

3300 Hokksund.

Mail: may-b.ruud@ovre-eiker.kommune.no

Dr.polit., Førsteamanuensis,

Kristin Heggdal

Institutt for helsefag

Universitetet i Stavanger

Mail: Kristin.Heggdal@uis.no

Kontaktperson: Kristin Heggdal: +47 95864388

## Litteratur

1. Haagensen KM. Nordisk statistisk årbok, 2011. Statistics Denmark. Vol 49. Nord 2011:001.
2. Helse og Omsorgsdepartementet, Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening.
3. Helse- og Omsorgsdepartementet, 2003. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Lovdata (besøkt 10.mai 2012).www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html.

4. Helse og Omsorgsdepartementet, Stortingsmelding. nr. 50 (1996-1997). Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet.
5. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011), Helse- og omsorgsdepartementet.
6. Helse og Omsorgsdepartementet, Stortingsmelding. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
7. Kirkevold M. The Role of Nursing in the Rehabilitation of Stroke Survivors an Extended Theoretical Account. *Advances in Nursing Science* 2010; 33(1):27-40.
8. Bergland Å, Vibe O, Martinussen N. Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass? *Sykepleien Fag* 2010;1:52-54.
9. Jacobsen TI, Ruud I, Gladhus L. Avgangstudenter i sykepleie planla kommunehelsetjenesten som arbeidsted. *Klinisk Sygepleje* 2012;1:53-61.
10. Long AF, Kneafsey R, Ryan J, Berry J. The role of nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing* 2002;37(1):70-79.
11. Kirkevold M. The role of nursing in rehabilitation of acute stroke patients: Towards a unified theoretical perspective. *Advances in Nursing Science* 1997;19:55-64.
12. Vahakangas P, Noro A, Bjørkgren M. Provision of rehabilitation nursing in long-term facilities. *Journal of advanced nursing* 2005;55(1):29-35.
13. Burke KG, Dooly O. Nurses perceptions of their role in rehabilitation of the older person. *Nursing older people* 2012;24(2):33-8.
14. Long AF, Kneafsey R, Ryan J, Berry J. Exploring qualified nurses perceptions of the relevance of education in preparation for their role in rehabilitation. *Nurse education today* 2002; 22(2):136-143.
15. Dahl B. Rehabiliteringssykepleieren, ivareta-ker av eksistensielle og praktiske behov. 2008. (Besøkt 14.januar 2012). Universitetet i Oslo. [www.duo.uio.no/handle/10852/28374](http://www.duo.uio.no/handle/10852/28374)
16. Walters K, Luker K. Staff perspective on the role of the nurse in rehabilitation wards for elderly people. *Journal of Clinical nursing* 1996;5(2):105-114.
17. Helsinkideklarasjonen: [www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/indew.html](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/indew.html)
18. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
19. Kvale S, Brinkman S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
20. Norsk Sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2007.
21. World Health Organization, ICF, 2001. (Besøkt 5.juli 2012) [www.who.int/classifications/icf/en/](http://www.who.int/classifications/icf/en/)
22. Miller JF. *Coping with Chronic Illness. Overcoming Powerlessness*. United States of America: Library of Congress; 1992.
23. Bredland EL, Linge OA, Vik K. *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2002.