



*Hvordan kan sykepleier ved hjelp av
veiledning og undervisning bidra til økt
livskvalitet til pasienter med kronisk
hjertesvikt?*

Kandidatnummer: 865
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9700
Dato: 16.04.18

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
<p><u>Tittel:</u></p> <p>Hvordan kan sykepleier ved hjelp av veiledning og undervisning bidra til økt livskvalitet til pasienter med kronisk hjertesvikt?</p>	
<p><u>Problemstilling:</u></p> <p>Hvordan kan sykepleier ved hjelp av veiledning og undervisning bidra til økt livskvalitet til pasienter med kronisk hjertesvikt?</p>	
<p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Oppgaven tar utgangspunkt i sykepleiers veiledende- og undervisende funksjon som teoretisk perspektiv. Den didaktiske relasjonsmodellen beskrives og anvendes som mal for drøftingen.</p>	
<p><u>Metode:</u></p> <p>I denne bacheloroppgaven er litterær oppgave anvendt som metode. Oppgaven bygger på forskningsbasert, teoretisk og erfaringsbasert kunnskap. Jeg har anvendt pensumlitteratur, fag- og forskningslitteratur, lovverk, yrkesetikk, samt offentlige publikasjoner i besvarelsen av min problemstilling. Videre har jeg trukket inn egne praksiserfaringer når det har vært naturlig.</p>	
<p><u>Drøfting:</u></p> <p>Gjennom drøftingen har jeg kombinert funn fra forskning- og faglitteratur, samt andre kilder, for å besvare hvordan sykepleier gjennom veiledning og undervisning kan bidra til økt livskvalitet til pasienter med kronisk hjertesvikt. Jeg har drøftet hva sykepleier må ta hensyn til, hva som kan påvirke en veilednings- og undervisningssituasjon, og hva som er viktig innhold for veiledningen og undervisningen.</p>	
<p><u>Konklusjon:</u></p> <p>Funnene i oppgaven tyder på at ved å øke pasientens kunnskaper om sykdommen, dens symptomer og behandling (livsstilsintervensjoner og legemidler), vil sykepleier bidra til at pasienten mestrer egen livssituasjon. Dette vil igjen kunne bidra til økt livskvalitet. Sykepleier bør organisere og gjennomføre veiledningen og undervisningen etter pasientens læreforutsetninger og ønsker, og med et innhold som pasienten kan relatere til egen livssituasjon og sykdom. Videre vises det at rammefaktorer har innvirkning på sykepleieutøvelsen, hvor effekter av samhandlingsreformen og lovverk er av stor betydning.</p>	

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	1
1.3 Kontekst	2
1.4 Målgruppe	3
1.5 Avgrensning	3
1.6 Oppgavens disposisjon	4
1.7 Oppgavens hensikt	4
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1 Kronisk hjertesvikt	5
2.1.1 Årsaker.....	5
2.1.2 Grader av hjertesvikt.....	5
2.1.3 Symptomer.....	6
2.1.5 Behandling	6
2.2 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag	7
2.2.1 Symptomenes innvirkning på pasienten	7
2.2.2 Sykepleierens funksjonsområder	8
2.2.3 Veiledning og undervisning.....	8
2.2.4 Didaktikk	9
2.3 Livskvalitet og mestring	10
2.4 Lovverk og yrkesetikk	12
2.4.1 Lovverk.....	12
2.4.2 Yrkesetikk.....	13
3. Metode for oppgaven	14
3.1 Valg av metode	14
3.2 Søkeprosess	14
3.3 Kildekritikk	15
3.4 Ethiske vurdering	16
4. Presentasjon av forskningsresultater	17
5. Drøfting	19
5.1 Didaktisk relasjonsmodell som mal for drøfting	19
5.1.1 Læreforutsetninger.....	19
5.1.2 Rammefaktorer	21
5.1.3 Mål.....	23
5.1.4 Innhold.....	24
5.1.5 Valg av veiledning- og undervisningsmetode	29
5.1.6 Vurdering.....	30
6. Oppsummering og avslutning	32
Referanseliste	33

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne bacheloroppgaven har jeg valgt å ta for meg pasienter med kronisk hjertesvikt. Ifølge Stubberud (2016a) er kronisk hjertesvikt et økende problem. I Norge er ca. 50 000 – 100 000 mennesker rammet av sykdommen, hvor flertallet er fra 75 år og oppover (Stubberud, 2016a). Pasienter med hjertesvikt har høy sykkelighet og dødelighet (Eikeland, Haugland, & Stubberud, 2010). Sykepleier har mange ansvars- og funksjonsområder i møte med denne pasientgruppen, og bidrar under behandlingen, oppfølgingen og veiledningen (Eikeland et al., 2010). Pasienter med kronisk hjertesvikt har ofte utfordringer med å tilpasse livet etter sykdommen. Sykdommen og dens symptomer preger hverdagen, og de trenger hjelp til å mestre dette. Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon står her sentralt, og vil være utgangspunktet for denne oppgaven (Stubberud & Ellingsen, 2016)

Valg av tema for bacheloroppgaven er basert på en stor interesse for pasienter med hjertesykdommer. Ved siden av studiet har jeg gjennom ulike praksissteder fått mulighet til å følge pasienter med hjertesvikt i flere faser. Jeg har sett at sykepleier har mye å bidra med, og har store oppgaver ovenfor denne pasientgruppen. Med denne oppgaven ønsker jeg å tilegne meg ytterligere kunnskap om kronisk hjertesvikt, samt bruke egne erfaringer fra praksisfeltet i skriveprosessen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Som sykepleier vil man møte pasienter med kronisk hjertesvikt på sykehjem, i hjemmesykepleien, lokalmedisinske sentre, helsehus, omsorgsinstitusjoner og på sykehus. Kronisk hjertesvikt er en vanlig årsak til sykehusinnleggelse. Sykdommen har et progredierende forløp preget av akutte og stabile perioder, og det er derfor et stort behov for helsehjelp til denne pasientgruppen (Stubberud, 2016a). Faglitteratur belyser at symptomene kan begrense livsutfoldelsen. Sykdommen påvirker deres sosiale liv, hverdagslige aktiviteter og psykiske helse, og er med andre ord en trussel mot alle områder av livskvalitet hos pasienten (Rustøen, 2007). På bakgrunn av dette har jeg utarbeidet følgende problemstilling: Hvordan

kan sykepleier ved hjelp av veiledning og undervisning bidra til økt livskvalitet til pasienter med kronisk hjertesvikt?

1.3 Kontekst

Sykepleier møter pasienten på en rehabiliteringspost på helsehus. Pasienten har blitt overflyttet fra sykehus til helsehus, etter å ha vært innlagt i forbindelse med en eksaserbasjon av sykdommen. Den akutte fasen er avklart, og pasienten kommer inn til helsehuset for rehabilitering (Stubberud & Ellingsen, 2016). Tungpusthet, utmattelse, tretthet, ødemer og emosjonelt stress er blant symptomene som trolig har preget, og vil prege pasienten ytterligere etter eksaserbasjonen (Stubberud, 2016 a). Et sentralt mål med rehabiliteringen er at pasienten skal få økt utgangspunkt til å mestre hverdagen som venter hjemme. Gjennom rehabiliteringen vektlegges derfor samtale med fokus på livsstilsendring. Kostholdsveiledning, legemiddelbehandling og fysisk aktivitet er her sentralt. Sykepleier har en vesentlig rolle under oppholdet, og bidrar aktivt i rehabiliteringsprosessen (Stubberud & Ellingsen, 2016).

Innføringen av samhandlingsreformen førte til et skifte i kommunehelsetjenestens karakter. Økt fokus på kortere og mer spesialisert behandling, har ført til en vekst av korttids- og rehabiliteringsplasser, hvor tverrfaglighet og sammenheng mellom tjenestene vektlegges (St.meld.nr.47, 2008-2009). Helsehus, kommunale frisklivssentraler, lokale- eller distriktsmedisinske sentre er eksempler på rehabiliteringsinstitusjoner i regi av kommunen (Stubberud & Ellingsen, 2016).

Gjennom egen praksis har erfart at det kan være store spenn i hvor lenge hjertesviktpasientene blir værende på helsehuset. Pasientens status og eventuelle tilleggsdiagnoser, pågangen av rehabiliteringsplasser og kommunal økonomi er faktorer jeg har sett er av betydning. I besvarelsen av min problemstilling kommer jeg til å ta utgangspunkt i at pasienten er inneliggende i inntil 3 uker. Dette er basert på tall fra rapport «158 Liggetid korttid» i plassadministrasjonen gericar. Tallene er hentet gjennom e-posthenvendelse til Ryen Helsehus, gericasupport.

1.4 Målgruppe

Jeg har valgt å ta for meg pasienter med kronisk hjertesvikt (New York Heart Association II-III) i alderen 60 år og oppover. Ifølge Stubberud og Ellingsen (2016) er stabil hjertesvikt av grad NYHA I-III et kriterium for å motta hjerterehabilitering. Videre hevder de at eldre pasienter er en vanlig målgruppe. Pasienter med NYHA-klassifikasjonen II-III har symptomer som preger dem daglig (Stubberud, 2016). Jeg ser derfor på dette som en aktuell målgruppe for veiledning og undervisning. Jeg har i tillegg erfart gjennom søk etter forskningslitteratur, at pasienter med NYHA II-III er hyppig anvendt i studier som retter seg mot min problemstilling.

1.5 Avgrensning

På bakgrunn av litteratur fremkommer det at sykepleierens veiledende og undervisende funksjon står sentralt i rehabiliteringen (Stubberud & Ellingsen, 2016). Dette ansvars- og funksjonsområdet vil vektlegges og utdypes i oppgaven.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i kognitivt friske pasienter. Dette fordi jeg ønsker en målgruppe som er mottakelig for informasjon og har evne til å vurdere sin egen helsetilstand (Eide & Eide, 2007). Det må også nevnes at eldre pasienter ofte har flere diagnoser, og de preges av komplekse sykdomsbilder (Ranhoff, 2014). Dette vil kunne bety mange og flere symptomer enn det som primært forårsakes av kronisk hjertesvikt. På grunn av oppgavens omfang kommer jeg ikke til å ta stilling til dette. Fokuset vil rettes mot symptomer som kommer av hjertesvikten, og hvordan disse påvirker pasienten.

Jeg har vurdert det til at jeg ønsker å utelukke pårørende fra oppgaven. Pårørende kan være en ressurs for pasienten i rehabiliteringsprosessen (Stubberud & Ellingsen, 2016). På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ikke vektlegge og utdype deres rolle. Pasienten er inneliggende og kognitivt frisk, og sykepleier kommer til å henvende seg direkte til pasienten.

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygd opp av en innledning, teoridel, metodedel, drøftingsdel og til slutt en oppsummering og avslutning. Gjennom teoridelen vil det fremlegges relevant teori om årsak, behandling og symptomer ved kronisk hjertesvikt. Videre følger teori om sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag, begrepene livskvalitet og mestring, samt lovverk og yrkesetikk. I metodedelen fremkommer valg av metode, søkeprosess, kildekritikk og etiske vurderinger. Drøftingsdelen er skrevet med utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen, og har til hensikt å besvare problemstillingen. Avslutningen inneholder en kort oppsummering av de viktigste momentene fra oppgaven.

1.7 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke symptomer og utfordringer pasienter med kronisk hjertesvikt preges av. Jeg ønsker å undersøke hvordan sykdommen har innvirkning på deres livskvalitet, og hvordan sykepleier ved hjelp av den veiledende og undervisende funksjonen kan bidra til å øke livskvaliteten.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Gjennom dette kapittelet fremlegges det teori om kronisk hjertesvikt, sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag, begrepene livskvalitet og mestring, samt lovverk og yrkesetikk. Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget vil være utgangspunktet for drøftingen, og trekkes inn i kapittel 5.

2.1 Kronisk hjertesvikt

2.1.1 Årsaker

Kronisk hjertesvikt er en kronisk tilstand med flere bakenforliggende årsaker. Ifølge Stubberud (2016a) er de vanligste årsakene iskemisk hjertesykdom eller hypertensjon. Videre hevder Stubberud (2016a) at også myokarditt, klaffefeil, hjertearytmier, kardiomyopati, medfødt hjertefeil, alderdom, ekstrakardiale sykdommer, diabetes, overvekt og væske- og elektrolyttforstyrrelser kan forårsake kronisk hjertesvikt.

Ørn & Brunvand (2015) hevder at det er to fysiologiske forhold som skaper en hjertesvikt. Den utløsende årsaken er skade av hjertemuskelen. Denne skaden fører videre til at hjertefunksjonen gradvis svekkes, og gir ofte utslag i de klassiske symptomene ødemer og dyspnè (tungpusthet) (Ørn & Brunvand, 2015). Årsaken til at symptomene er hjertets reduserte evne til å forsyne kroppen med tilstrekkelig mengde blod. Hvor uttalt symptomene er avhenger av graden av hjertesvikten (Rustøen, 2007).

2.1.2 Grader av hjertesvikt

En metode for å klassifisere hjertesvikt er New York Heart Association (NYHA). Dette klassifiseringsverktøyet deler hjertesvikt inn i fire funksjonsklasser, hvor symptomene blir mer uttalt for hver klasse. Symptomene som nevnes er dyspnè, hjertebank, angina og utmattelse, og hvordan disse erfares av pasientene gjennom aktivitet. Graderingen brukes for å vurdere prognose og behandling hos pasienten. Klasse I kjennetegnes pasienten av å ha lite symptomer, uavhengig av aktivitetsnivå. I klasse II vil pasientene oppleve symptomer ved fysisk aktivitet som krever en viss belastning. Hos pasienter i klasse III erfares en tydelig begrensning i fysisk

aktivitet, og pasienten preges i tillegg av symptomer i hverdagslige aktiviteter som påkledning og gange i motbakke. I klasse IV har pasienten symptomer ved alle grader av aktivitet, i tillegg til at pasientene erfarer symptomer i hvile (Stubberud, 2016a).

2.1.3 Symptomer

Ifølge Alkan & Nural (2017) er hjertesvikt en sykdom som skaper mange psykiske og fysiske symptomer. Symptomene som vektlegges i forskning og litteraturen er dyspnè, redusert fysisk yteevne, utmattelse, fatigue, tretthet, søvnproblemer, emosjonelt stress, ødemer, angst og depresjon. Som nevnt tidligere henger graden av symptomer sammen med alvorlighetsgraden (Alkan & Nural, 2017; Stubberud, 2016a; Rustøen, 2007; Ørn & Brunvand, 2015).

Ytterligere beskrivelse av hvordan symptomene påvirker pasienten vil bli utdypet under det teoretiske sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget.

2.1.4 Eksaserbasjon av kronisk hjertesvikt

Kronisk hjertesvikt er en sykdom som preges av stabile perioder og akutte eksaserbasjoner. Dette kan føre til mye usikkerhet for de som er rammet av sykdommen. En eksaserbasjon kan utvikles raskt, og er forårsaket av en økt belastning på sirkulasjonen. Utløsende faktorer er infeksjoner, anemi, feber, annen organsvikt, hypertensjon og hjerterytmeforstyrrelser. I tillegg kan et økt saltinntak, alkoholmisbruk og overvekt skape en forverring av sykdommen (Stubberud, 2016a).

2.1.5 Behandling

Behandling av kronisk hjertesvikt tar sikte på å redusere belastningen på hjertet og symptomlindre pasienten. Legemiddelbehandling står sentralt, og reguleres etter alvorlighetsgrad. I tillegg må pasienten forsøke å etterleve livstiltak som røykeslutt, begrense inntaket av salt, følge anbefalte kostholdsråd, samt gjennomføre fysisk aktivitet tilpasset sykdommens alvorlighetsgrad. Er pasienten overvektig vil vektreduksjon være hensiktsmessig (Stubberud, 2016a).

Det finnes også andre behandlingsalternativer som pacemaker, bi-ventrikulær pacemaker, mekanisk sirkulasjonsstøtte, hjertestarter og hjertetransplantasjon ved endestadiet av sykdommen (Stubberud, 2016a). På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ikke ta med disse behandlingsalternativene i besvarelsen av min problemstilling.

2.2 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag

Under det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget vil det beskrives hvordan symptomene påvirker pasienten. Dette er kunnskap som er viktig å belyse, da veiledning og undervisning til pasienten vil rette seg mot pasientens plager og erfaringer. Videre har jeg klargjort sykepleierens funksjonsområder, med utdypelse av den veiledende og undervisende funksjonen, samt den rehabiliterende funksjonen. Begrepene veiledning og undervisning vil bli beskrevet. Til slutt har jeg gjort rede for den didaktiske relasjonsmodellen, da den vil bli brukt som mal for drøftingen.

2.2.1 Symptomenes innvirkning på pasienten

Å leve med kronisk hjertesvikt kan for mange være utfordrende. Optimal behandling vil på den ene siden kunne gi gode leveutsikter. På den andre siden preges pasienten av psykiske og fysiske symptomer som kan utfordre livskvaliteten (Stubberud, 2016a). Rustøen (2007) hevder at emosjonelt stress er et av de viktigste problemområdene for pasienter med kronisk hjertesvikt. Dette støttes av Stubberud (2016a) som viser til at sykdommens alvorlighetsgrad og uforutsigbarhet skaper mye usikkerhet hos den rammede. Frykten for en forverring kan gi utslag i angst. I tillegg til at fatigue, tretthet og utmattelse kan prege psyken. Depresjon ses som et vanlig symptom, og kan komme som et resultat av de andre symptomene pasienten erfarer. Samtidig er det en psykisk belastning for pasienten å oppleve at han ikke klarer å gjøre det samme som før (Stubberud, 2016a).

Pasienten erfarer at den fysiske funksjonen reduseres som følge av tretthet, dyspnè og annet ubehag. Det å oppleve at en ikke mestrer å gjennomføre hverdagslige aktiviteter kan føre til at pasienten isolerer seg i eget hjem (Stubberud, 2016a). Evnen til å delta i sosiale sammenkomster kan reduseres, da den fysiske funksjonen setter en begrensning for dette. Sykdommen truer med andre ord alle dimensjoner av livskvalitet. Pasienten erfarer både fysiske, psykiske og sosiale vansker, noe som påvirker alle sider av livet hos pasienten (Rustøen, 2007).

2.2.2 Sykepleierens funksjonsområder

I rammeplanen for sykepleierutdanningen klargjøres sykepleierens kompetanseområder. Disse innebærer helsefremming og forebygging, pleie, omsorg og behandling, undervisning og veiledning, yrkesetisk holdning og handling, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning, og organisasjon og ledelse, politikk og lovverk (Kunnskapsdepartementet, 2008).

I denne oppgaven har jeg valgt å vektlegge sykepleierens veiledende og undervisende funksjon. Faglitteratur belyser at dette er et viktig ansvars- og funksjonsområde i møte med pasienter med kronisk hjertesvikt (Stubberud, 2016a). Sentralt for min oppgave er hvordan sykepleier kan bruke sin undervisende og veiledende funksjon til å bidra til økt livskvalitet. Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon har som mål å skape kunnskap, mestring og forståelse av egen sykdom hos pasienten. Dette gjennom informasjon og støtte til pasienten, med hensikt at pasienten får økt evne til å ta valg som ivaretar egen helse (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012).

Videre har jeg valgt å trekke inn den rehabiliterende funksjonen som innebærer både en veiledende og terapeutisk rolle (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). Funksjonen har samme mål og hensikt som den undervisende og veiledende funksjonen. I tillegg påpeker den rehabiliterende funksjonen tverrfaglig samarbeid med annet helsepersonell (Stubberud & Ellingsen, 2016). Dette er av relevans for min oppgave, da jeg har valgt kontekst helsehus. Sykepleierens rehabiliterende funksjon står i denne sammenheng sentralt (Stubberud & Ellingsen, 2016).

2.2.3 Veiledning og undervisning

Tveiten (2016) hevder at veiledning kan ses med en vid definisjon og som et paraplybegrep hvor både undervisning, informasjon og rådgivning inngår i veiledningsprosessen. Dette gjør det derfor vanskelig å skille de pedagogiske metodene fra hverandre. For noen ses veiledning som synonymt med undervisning (Tveiten, 2016). Tveiten (2016) hevder at en veiledningsprosess har til hensikt å fremme læring hos mottakeren. Å formidle kunnskap vil kunne bidra til at pasienten mestrer situasjonen og eget liv (Tveiten, 2016). På bakgrunn av dette har jeg valgt å omtale veiledning og undervisning under ett gjennom oppgaven.

2.2.4 Didaktikk

Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen er et undervisnings- og veiledningsverktøy, som i helse-relatert sammenheng anvendes i møte med pasienter og pårørende. Modellen ble første gang beskrevet av Bjørndalen og Lieberg i 1978 (Tveiten, 2016). Det er en modell som gjennom punktene læreforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, metoder og vurdering legger forholdene til rette for veiledning og undervisning. Det er en dynamisk modell hvor punktene påvirkes av hverandre. Didaktikk er målrettet arbeid hvor pasienten skal tilegne seg kunnskaper som gjør han i stand til å mestre helseutfordringer. Den didaktiske relasjonsmodellen legger til rette for at pasienten er delaktig og medvirkende i prosessen (Tveiten, 2016). Videre følger en beskrivelse av hva som inngår i de forskjellige punktene i modellen.

Læreforutsetninger

Læreforutsetninger forteller noe om pasientens motivasjon, kunnskapsgrunnlag og forståelse av egen sykdom. Hvor mye eller lite kunnskap pasienten har, og hvilke holdninger og syn pasienten har på egen sykdom, skaper et bilde av pasientens læreforutsetninger. Disse forutsetningene har innvirkning på valg av tid, sted, metode og innholdet i læringssituasjonen (Tveiten, 2016).

Rammefaktorer

Rammefaktorer er forholdene rundt pasienten, og innebærer både uforutsette og forutsette forhold. Disse kan påvirke gjennomføringen av veiledningen og undervisningen. Det kan for eksempel være fysiske forhold hos pasienten som påvirker situasjonen, og det kan være rammefaktorer i helsetjenesten som tid og økonomi (Tveiten, 2016).

Mål

Det overordnede målet med veiledningen og undervisningen er at pasienten opplever økt kompetanse og mestring av egen sykdom. Videre kan det være hensiktsmessig å sette opp konkrete og tidfestede mål underveis i læringsprosessen. Dette vil gjøre det enklere for sykepleier å vurdere pasientens fremgang, og pasienten vil kunne ha bedre forutsetning for å ta valg som gjør at han når målet (Tveiten, 2016).

Innhold

Innholdet i en veilednings- og undervisningssituasjon er basert på pasientens behov, og hensikten med læringssituasjonen. I en undervisningssituasjon vil innholdet oftest være planlagt. I en veiledningssituasjon vil innholdet som regel formes underveis, og basere seg på det pasienten etterspør og behovene som belyses underveis (Tveiten, 2016).

Valg av veilednings- og undervisningsmetode

Valg av metode må ta utgangspunkt i pasientens situasjon. Forhold som må tas hensyn til er tidsaspektet, miljø, fysiske og psykiske forhold. Ofte vil det være hensiktsmessig å ta i bruk flere metoder. Det kan være en kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon, praktisk og teoretisk veiledning/undervisning, og det kan gjennomføres individuelt og i gruppesammenheng (Tveiten, 2016).

Vurdering

Vurderingen forteller om hensikten med læringssituasjonen er oppnådd. Vurderingen legger grunnlaget for veien videre og belyser behovet for videre oppfølging (Tveiten, 2016).

2.3 Livskvalitet og mestring

Ifølge Wahl og Hanestad (2007) er livskvalitet et komplekst begrep. Innenfor helsesektoren har interessen og forskningen rundt begrepet økt betydelig de siste årene. Dette som et resultat av at eldre lever lengre og flere lever med kronisk sykdom. Å leve et langt liv er ikke enstydig med å ha et godt liv, da sykdom kan sette en begrensning for livsutfoldelse. Å øke livskvaliteten til pasienten er et etablert mål for helsetjenestene som gis (Wahl & Hanestad, 2007).

Det er vanskelig å konkretisere hva livskvalitet er, da det retter seg mot den individuelle opplevelse av et godt liv (Wahl & Hanestad, 2007). Ifølge Tveiten (2016) omhandler livskvalitet «Hva som gjør livet godt for den enkelte, og handler dermed om subjektive vurderinger og erfaringer i eget liv» (Tveiten, 2016, s.17). Wahl og Hanestad (2007) viser til flere forfattere når de gjør rede for begrepet (Campbell 1972 og Cummins 1996). Livskvalitet kan ses som de fysiske, sosiale, eksistensielle og psykologiske sidene av livet. I tillegg er ens

egen oppfatning av situasjonen, samt forventninger, verdier, meninger og mål i livet med på å forme livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2007). Wahl og Hanestad (2007) hevder videre at psykisk velvære, tilfredshet i livet, en god funksjonsevne, å kunne realisere seg selv, få dekket sine behov, samt lykke og helse kan forstås som en del av livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2007).

Sentralt for denne oppgaven er hvordan livskvaliteten påvirkes når en er rammet av kronisk hjertesvikt. Wahl og Hanestad (2007) hevder at pasienter med kronisk sykdom kan oppleve at funksjonssvikten begrenser det daglige liv. Dette kan føre til redusert livsutfoldelsen og redusert livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2007). Dette er overensstemmende med Stubberud (2016a) som hevder at å leve med kronisk hjertesvikt kan utfordre livskvaliteten til pasientene.

Ifølge Håkonsen (2014) er mestring et begrep som «beskriver hvordan individet forholder seg til og løser en situasjon eller hendelse som medfører mistrivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet» (Håkonsen, 2014, s. 259). Lazarus & Folkman (1984) viser til to hovedformer for mestring, hvor det skilles mellom problemfokustert mestring og følelsesmessig fokusert mestring (Lazarus & Folkman, 1984). Ifølge Håkonsen (2014) omhandler problemfokustert mestring at individet forsøker å løse, endre eller avslutte det aktuelle problemet eller det som oppleves som vanskelig. Følelsesmessig fokusert mestring omhandler hvordan mennesket forsøker å eliminere eller redusere det følelsesmessige ubehaget individet opplever. Dette uten å forandre situasjonen (Håkonsen, 2014).

Wahl & Hanestad (2007) belyser på den ene siden at mestring i en enkeltsituasjon ikke trenger å påvirke ens opplevelse av livskvalitet. På den andre siden kan opplevelsen av mestring i flere situasjoner påvirke livskvaliteten i positiv retning (Wahl & Hanestad, 2007). At pasienten skal tilegne seg kunnskaper som gjør han i stand til å mestre hverdagen er et mål ved rehabilitering (Stubberud & Ellingsen, 2016). Ifølge Stubberud & Ellingsen (2016) kan undervisning og veiledning være av stor betydning for pasienten når det gjelder å fremme mestring. På bakgrunn av dette kan det forstås som at mestring er en viktig del av rehabiliteringsoppholdet til pasienten. Videre kan det tolkes som at det er en sammenheng mellom mestring og livskvalitet. Dette ligger til grunn for at jeg ønsker å trekke inn mestringsbegrepet i oppgaven.

2.4 Lovverk og yrkesetikk

På bakgrunn av oppgavens problemstilling og kontekst har jeg valgt å trekke inn pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forskrift om habilitering og rehabilitering. Lovene og forskriftene forteller om aktuelle rammer for sykepleieutøvelsen i konteksten helsehus, og jeg ser derfor på disse som aktuelle for besvarelsen av min problemstilling. Videre har jeg valgt ut noen yrkesetiske retningslinjer som jeg mener er av relevans for oppgaven.

2.4.1 Lovverk

I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2) har pasienten rett til informasjon om egen helsetilstand. Informasjonen innebærer risikoer og bivirkninger i forhold til egen helse og sykdom, samt informasjon om innholdet i helsehjelpen pasienten mottar. Loven åpner også opp for at hvis pasienten gir uttrykk for han ikke ønsker informasjon, så skal dette etterfølges. Unntak gjelder hvis informasjonen er nødvendig for å forebygge skade av helsehjelpen som gis (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

Det fremkommer også i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1) at pasienten har rett til å medvirke i helsehjelpen pasienten mottar. Pasienten skal være en samarbeidspartner, og pasientens ønsker skal så langt det er mulig vektlegges ved utformingen av helsetilbudet til pasienten (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011, § 2-1 a) lovfester at enhver som oppholder seg i kommunen har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. I forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, § 5) fremkommer det at hver kommune skal ha et tilbud om habilitering/rehabilitering. Tilbudet innebærer et tidsavgrenset og planlagt arbeid, hvor målet er å styrke pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. Pasienten er delaktig i prosessen, og helsehjelpen ytes fra flere aktører gjennom tverrfaglig samarbeid (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3).

Helsepersonelloven (1999, § 3) definerer helsehjelp som handlinger utført av helsepersonell med rehabiliterende, forebyggende, behandlende, diagnostisk, helsebevarende og pleie- og omsorgsformål. Det lovfestes at helsehjelpen som gis skal være i tråd med helsepersonellens kvalifikasjoner og ivareta kravet om faglig forsvarlighet. Helsepersonell skal søke samarbeid

og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell hvis det ses et behov hos pasienten (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

2.4.2 Yrkesetikk

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har blitt uformet med bakgrunn i menneskerettighetene. All sykepleie bygger på respekt for hvert enkelt menneske, uavhengig av alder, trosoppfatning, sosial status, kultur, politisk oppfatning, nasjonalitet, hudfarge, seksuell legning, kjønn, etnisk bakgrunn, funksjonshemming og sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011). Retningslinjene er mange og viktige, og jeg har i lys av mitt tema og problemstilling valgt ut følgende:

- «Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap.» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.7)
- «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.8)
- «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.8)
- «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.8)

Jeg ser på disse retningslinjene av særskilt relevans, da pasienten er inneliggende for en kortere periode og skal etterhvert reise hjem. Sykepleier må bruke sine kunnskaper gjennom veiledning og undervisning, for å bidra til at pasienten blir i stand til å fremme egen helse og forebygger en forverring av sykdommen. Pasienten har en kronisk sykdom, og jeg mener det derfor er viktig å understøtte pasientens håp, mestring og livsmot. Videre er pasienten kognitivt frisk, og det er viktig at pasienten får informasjon som gjør han i stand til å ta selvstendige avgjørelser både under rehabiliteringen og etter hjemreise.

3. Metode for oppgaven

3.1 Valg av metode

«Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke» (Dalland, 2007, s. 83). I denne bacheloroppgaven har jeg anvendt litterær oppgave som metode. Ifølge Dalland (2014) er en litterær oppgave basert på sikre kilder og praksiserfaringer. I arbeidet med oppgaven har jeg kartlagt hvilken litteratur som finnes om kronisk hjertesvikt, for så å trekke ut faglitteratur som har vært relevant for å belyse min problemstilling. Jeg har tatt i bruk fire forskningsartikler, som sammen med faglitteratur og annen litteratur anvendes løpende gjennom oppgaven. Det er to kvalitative studier, en randomisert kontrollert studie og en tverrsnittsstudie. Kvalitative studier tar sikte på å fange opp opplevelser og meninger. I tillegg omhandler kvalitative studier hvordan institusjoner og enkeltmennesker samhandler og handler (Dalland, 2007). Pasientens opplevelser og sykepleierens rolle ovenfor pasienten har vært viktig informasjon for å belyse en problemstilling med fokus på livskvalitet.

Videre i dette kapittelet følger beskrivelse av søkeprosess, kildekritikk og etiske vurderinger. Gjennom kildekritikken har jeg vurdert mine skriftlige kilder, noe som ifølge Dalland (2014) er det metodiske redskapet i den litterære oppgaven. Mer informasjon om forskningsartiklene finnes i artikkelmatrisen under punkt 4 – presentasjon av forskningsresultater.

3.2 Søkeprosess

I søket etter den første forskningsartikkelen ønsket jeg å finne en forskningsartikkel som belyste hvilke symptomer pasienter med hjertesvikt plages av. Jeg utførte derfor et søk i databasen Cinahl med søkeordene «Heart failure» AND «symptoms». Dette gav meg et treff på 84 artikler. Jeg avgrenset søket videre med «peer reviewed», «research article» og tidsavgrensningen «2008-2018». Jeg satt da igjen med 29 treff, og vurderte artiklene etter relevans for min oppgave. Valget falt så på forskningsartikkelen «Evaluation of Symptoms and Predictors in Patients With Heart Failure in Turkey».

I det andre søket ønsket jeg å finne en forskningsartikkel som belyste hjertesviktpasientenes perspektiv på livskvalitet. Jeg kombinerte søkeordene «Quality of Life» AND «Heart Failure»

AND «Patient Attitudes». Dette gav meg 45 treff. Videre avgrenset jeg søket med «peer reviewed», «research article» og «2008-2018». Jeg satt da igjen med 22 treff, hvor forskningsartikkelen ««Not getting worse» – a quality study of patients perceptions of treatment goals in heart failure» ble valgt ut.

I det tredje søket var jeg på utkikk etter en forskningsartikkel som rettet seg mot undervisning av pasienter med kronisk hjertesvikt gitt av en sykepleier. Jeg kombinerte søkeordene «Patient Education» AND «Nurse» AND «Heart Failure» AND «outcomes». Dette gav meg et treff på 69 artikler. Jeg avgrenset søket til «peer reviewed», «research article» og «2008-2018» og fikk 26 treff. Videre vurderte jeg artiklene etter relevans, og valgte ut «Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical ecents as part of a randomized controlled trial».

Den fjerde artikkelen fant jeg ved å utføre søket «Heart Failure» AND «Activities of Daily Living» AND «strategies». Jeg avgrenset også her søket til «peer reviewed», «research article» og «2008-2018». Dette gav et treff på 8 artikler. Hvor jeg fant artikkelen «Occupational performance and strategies for managing daily life among the elderly with heart failure» interessant. Dette fordi artikkelen gir innsikt i hvordan kronisk hjertesvikt kan påvirke hverdagen til de rammede.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer ifølge Dalland (2007) å karakterisere og vurdere litteraturen som er anvendt i oppgaven. Jeg har i arbeidet med denne oppgaven funnet mye fag- og forskningslitteratur som jeg har vurdert til å være relevant for å belyse min problemstilling.

Boken «Helsepedagogikk» er hyppig anvendt i oppgaven, og er skrevet av Sidsel Tveiten (2016). Tveiten er utdannet sykepleier og har tidligere skrevet flere bøker om veiledning (Tveiten, 2016). I Tveitens bok har jeg funnet relevant informasjon om veiledning og undervisning. Boken henvender seg til helsefagstudenter og fagutøvere, noe jeg har måtte ta hensyn til og overveid i besvarelsen av min problemstilling. Jeg ser på boken som relevant, da jeg mener den favner mye av som felles for disse yrkene i hvordan en tilnærmer seg i en veilednings- og undervisningssituasjon.

En annen viktig kilde for meg har vært Dag-Gunnar Stubberud og hans bok «Sykepleie til pasienter med hjertesykdom». Dette er en bok som primært er skrevet for sykepleiere på masternivå og videreutdanning, samtidig som det presiseres at det er et egnet oppslagsverk for bachelorstudenter. Boken gir en god innføring i kronisk hjertesvikt som sykdom, hjerterehabilitering, i tillegg til at livskvalitet i forhold til sykdommen påpekes og nevnes.

Boken «Å leve med kronisk sykdom» av Eva Gjengedal og Berit Rokne Hanestad har vært viktig for min problemstilling når det gjelder å belyse bredden av begrepet livskvalitet. Boken er fra 2007, men gjennom boken viser de til teorier om livskvalitet av Cummins (1972) og Campbell (1996). I tillegg finnes informasjon om hjertesvikt i forhold til livskvalitet, noe som har vært viktig å belyse i min oppgave. Jeg har på bakgrunn av dette funnet boken relevant, samtidig som jeg har vært bevisst i bruken da den kan være noe utdatert.

I søket etter forskningsartikler fikk jeg mange treff, og jeg ble nødt til å sortere ut artikler som rettet seg mot min problemstilling. Alle artiklene jeg har valgt ut er skrevet på engelsk, noe som gjør at det er rom for feiltolkning i oversettelsen. Studiene er gjennomført i andre land enn Norge, i tillegg til at de har funnet sted i sykehussettinger og hjemme hos pasienten. Dette har jeg tatt hensyn til og overveid i bruken, og har valgt ut informasjon jeg ser på som overførbar for min problemstilling.

3.4 Ethiske vurdering

I utarbeidelsen av denne oppgaven har jeg forholdt meg tro og bevisst mot retningslinjene for oppgaveskriving. Ved bruk av egne praksiserfaringer har jeg anonymisert innholdet for å sikre ivaretagelse av taushetsplikten. Jeg har forsøkt å formulere meg på en måte som oppleves som respekterende og verdig ovenfor pasienter, ansatte og institusjonene.

4. Presentasjon av forskningsresultater

I kommende artikkelmatrisen presenteres resultater fra forskningslitteraturen jeg har anvendt i oppgaven.

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Semiha Alkan, Nesrin Nural. (2017)	Evaluation of Symptoms and Predictors in Patients With Heart Failure in Turkey	Journal of Hospice & Palliative Nursing	Undersøke frekvensen og omfanget av symptomer blant hjertesviktpasienter i forbindelse med sykehusinnleggelse	Tverrsnittsstudie. Intervju av 117 deltakere med hjertesvikt. Gjennomsnittsalder 67,5 år. 102/117 deltakere ble klassifisert som NYHA II-III. De resterende hadde grad I og IV.	De vanligste symptomene blant pasientene var tungpusthet på natten, tungpusthet generelt, sovevansker og fatigue.
2	Kraai I.H., Vermeulen K.M., Hillege H.L., Jaarsma T. (2018)	«Not getting worse» a qualitative study of patients perceptions of treatment goals in patients with heart failure	Applied Nursing Research	1) Belyse hvilke behandlingsmål som pasientene så på som viktige under behandlingen. 2) Belyse hvilke mål som for pasientene var av prioritet.	Kvalitativ studie. Fokusgruppe med intervju av 6 pasienter med hjertesvikt. Kvinner og menn deltok i studien, gjennomsnittsalder: 70 år. NYHA I-IV, 50 år eller eldre.	Pasientens hovedmål var at sykdommen ikke skulle utvikles videre. De ønsket å redusere symptomene, få bedre fysisk funksjon, unngå reinnleggelse og være i stand til å leve et normalt liv.
3	Naga V.A. Kommuri, Monica L. Johnson, Todd M. Koelling. (2012)	Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial	Patient Education and Counseling	Undersøke hvordan undervisning før utskrivelse fra sykehus kunne påvirke pasientens kunnskaper om hjertesvikt i egenutøvelse etter sykehusinnleggelsen.	Randomisert kontrollert studie, 265 hjertesviktpasienter med gjennomsnittsalder 67 år. Gjennomsnittlig NYHA grad III. Kontrollgruppen mottok et standard utskrivelses-	Undervisning gitt av sykepleier til pasienter med hjertesvikt før utskrivning fra sykehus, økte pasientenes kunnskaper og reduserte risikoen for reinnleggelse.

					program. Intervensjonsgruppen mottok 1 times en til en undervisning med sykepleier.	
4	Eva- Britt Norberg, Kurt Boman, Britta Löfgren, Margareta Brännström (2014)	Occupational performance and strategies for managing daily life among the elderly with heart failure	Scandinavian Journal of Occupational Therapy	Beskrive erfaring med begrensinger i dagliglivet blant eldre med kronisk hjertesvikt, og hvilke strategier de tok i bruk for å mestre begrensningene	Kvalitativ studie. 10 deltakere med kronisk hjertesvikt deltok i studien. Menn og kvinner i alderen 74 – 91 år deltok i studien. NYHA II-IV.	Pasientene opplever at de alltid må tilpasse seg i daglige gjøremål på grunn av at de i varierende grad erfarer fysiske begrensninger. Dette belyser et behov for informasjon om strategier som kan brukes i hverdagen, gitt med et holistisk perspektiv

5. Drøfting

5.1 Didaktisk relasjonsmodell som mal for drøfting

En av sykepleiers fundamentale oppgaver er å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011). Gjennom denne drøftingsdelen vil jeg forsøke å belyse hvordan sykepleier gjennom veiledning og undervisning kan bidra til økt livskvalitet hos pasienten. Den største delen av drøftingen vil hovedsakelig bli knyttet til punkt 5.1.4 innhold. I tillegg vil jeg drøfte hvilke forhold som kan påvirke veiledningen og undervisningen, og hva som må tas i betraktning i valg av undervisnings- og veiledningsmetode. Dette er av betydning for sykepleieutøvelsen og vil belyse hva sykepleier må ta hensyn til.

5.1.1 Læreforutsetninger

Når sykepleier møter pasienten for veiledning og undervisning må hun møte pasienten der han er. Det betyr at hun må undersøke læreforutsetningene. Læreforutsetningene innebærer pasientens kunnskaper og erfaringer om sykdommen, samt hvilke behov pasienten har (Tveiten, 2016). Pasienten kommer til rehabilitering etter å ha vært innlagt på sykehuset (Stubberud & Ellingsen, 2016). Fag- og forskningslitteratur belyser hyppigheten av reinnleggelser blant denne pasientgruppen (Stubberud, 2016a; Alkan & Nural, 2018). På bakgrunn av dette er det naturlig å anta at pasienten har tilegnet seg en del kunnskap om sykdommen gjennom tidligere møter med helsevesenet. Pasienten har i tillegg en kronisk tilstand og har trolig gjort seg noen erfaringer og oppfatninger av egen sykdom. Tveiten (2016) belyser at kartlegging av kunnskapsnivået til pasienten er hensiktsmessig før en bestemmer innholdet for undervisningen og veiledningen. Dette kan sykepleier gjøre ved å spørre pasienten om han kan fortelle om sin sykdom. Videre kan hun undersøke hva som bør vektlegges av informasjon ved å spørre pasienten om hvordan det er å leve med sykdommen. Tveiten (2016) hevder at pasientens egne erfaringer, opplevelser, forståelser og behov må imøtekommes når en velger innholdet for undervisning og veiledning. Dette begrunnet i at da vil læringssituasjonen oppleves som meningsfull og nyttig for pasienten (Tveiten, 2016).

Forskning belyser at pasientene har et behov for informasjon og organisert veiledning og undervisning. Norberg et al. (2014) fant i sin studie at eldre mennesker med kronisk hjertesvikt

trenger individuell og tilpasset informasjon som kan bidra til at pasienten mestrer sykdommens utfordringer i hverdagen. Pasientene opplever at symptomene varierer fra dag til dag, og at det er en stadig pågående prosess å forsøke og tilpasse livet etter utfordringene sykdommen medfører (Norberg et al., 2014).

En forutsetning for læring er at pasienten er motivert for å ta til seg budskapet som formidles (Tveiten, 2016). Stubberud (2016a) hevder at opplevelsen av symptomer som depresjon, fatigue og utmattelse kan påvirke motivasjonen til pasienten. Pasienter som opplever sin situasjon som meningsløs og håpløs kan være lite motivert til å ta til seg informasjon (Tveiten, 2016). Håkonsen (2014) hevder at motivasjon er det som får et menneske til å gjøre en handling med hensikt om å bevege seg mot et mål. Menneskets forventning om hvor vidt en atferd vil føre til at mennesket når et mål, er av betydning for å føle seg motivert (Håkonsen, 2014). Dette er på mange måter verdifull informasjon for sykepleier. Pasientene opplever at en livsstilsendring kan være vanskelig, og det er derfor viktig å vise forståelse ovenfor pasientens situasjon, og sammen med pasienten sette realistiske og oppnåelige mål (Stubberud, 2016b; Tveiten, 2016). Sykepleier har til ansvar å fremme håp, livsmot og mestring hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Håkonsen (2014) hevder at problemfokustert mestring er noe en kan lære seg, da den baserer seg på erfaringer en har gjort seg ved tidligere problemer. Evnen til å mestre disse problemene øker med erfaringene en tilegner seg (Håkonsen, 2014). Ifølge Stubberud & Ellingsen (2016) kan undervisning og veiledning være av stor betydning for pasienten når det kommer til å fremme mestring i livssituasjonen.

Stubberud & Ellingsen (2016) hevder at smerter, medisinsk behandling og psykisk stress kan redusere utbytte i en læringssituasjon. Dette er i tråd med Tveiten (2016) som viser til at symptomer hos pasienten kan forstyrre oppmerksomheten. Kraai et al. (2018) fant i sin studie at pasientene opplever at en sykehusinnleggelse skaper mye emosjonelt stress. Dette stresset preger også pasientene i tiden etter utskrivning (Kraai et al. 2018). På bakgrunn av dette vil emosjonelt stress også kunne prege pasienten på helsehuset, da pasienten kommer til rehabilitering etter en sykehusinnleggelse. Sykepleier må forsøke å sette av tid til undervisning og veiledningen når pasientens form og konsentrasjon er så god som mulig. Dette for at pasienten skal ha forutsetning til å ta til seg informasjonen, og være delaktig under veiledningen og undervisningen (Tveiten, 2016).

Tveiten (2016) hevder at tilgangen på internett har gjort det enklere for pasienter å søke etter informasjon om egen sykdom. Det er likevel ikke sikkert at den informasjonen pasienten har tilegnet seg gjennom internett er i tråd med forskningsbasert kunnskap (Tveiten, 2016). Sykepleier besitter brukerkunnskap, erfaringsbasertkunnskap og forskningsbasertkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2011). Å undersøke om pasientens kunnskaper er i tråd med forskningsbasertkunnskap vil derfor være hensiktsmessig når hun kartlegger pasientens læreforutsetninger. Dette fordi det vil påvirke valget av innhold for undervisning og veiledning (Tveiten, 2016).

5.1.2 Rammefaktorer

Tid er en sentral rammefaktor i en sykepleiers hverdag på korttidsavdelinger. Innføringen av samhandlingsreformen har vært med på å forsterke dette, og skapt et ytterligere tidspress på sykepleier. Sykepleier har mange pasienter og arbeidsoppgaver, og hun må prioritere og organisere ut i fra de ressursene hun har til rådighet (Killie & Debesay, 2016). Jeg har gjennom egen praksis sett at undervisning og veiledning ofte kan bli nedprioritert til fordel for andre oppgaver. Killie & Debesay (2016) hevder at samhandlingsreformen har ført til at pasientene skrives ut tidligere enn før. Som et resultat er de ofte sykere når de ankommer korttidsavdelingene, og ressursene er ikke alltid tilstrekkelig nok. Dette har ført til et større press på sykepleier (Killie & Debesay, 2016). Tidsaspektet for rehabiliteringsoppholdet kan i lys av dette ses som en rammefaktor. Det er et tidsavgrenset opphold og skal bygge på planlagt arbeid for at målene til hver enkelt pasient skal nås (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3).

Tveiten (2016) hevder at å velge et egnet tidspunkt for veiledning og undervisning er av hensikt for å nå utbyttet i en læringssituasjon. På den ene siden er det ønskelig at pasienten får være med å vurdere valg av tidspunkt, da det kan gjøre at pasienten opplever å få medvirke i egen situasjon (Tveiten, 2016). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) lovfester pasientens rett til medvirkning i helsehjelpen han mottar. Videre sier loven at pasienten er en samarbeidspartner og hans ønsker skal vektlegges i utformingen av helsetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). På den andre siden har sykepleier ofte mange pasienter og kan oppleve at tidspress er en utfordring. Dette kan føre til at sykepleier må prioritere tiden sin til en sykere pasient, til ulempe for en annen friskere pasient (Killie & Debesay, 2016).

Varigheten på undervisningen og veiledningen må også vurderes ut i fra pasientens dagsform. Her er det igjen aktuelt å ta pasienten med på råd og etterspørre pasientens egne ønsker. Av og til kan undervisningen/veiledningen måtte bli avbrutt av pasientens tilstand (Tveiten, 2016). Pasienter med hjertesvikt plages av mange ulike symptomer, av varierende grad og til ulike tider (Alkan & Nural, 2018). Ifølge Tveiten (2016) kan smerter, angst, sult, tørste og andre praktiske forhold trekke pasientens oppmerksomhet vekk fra veiledningen og undervisningen. Skulle lærings situasjonen måtte bli avbrutt på grunn av dette, vil det være viktig at sykepleier dokumentere hva som har blitt sagt og gjort. Dette for å kunne fortsette veiledningen /undervisningen ved et senere tidspunkt (Tveiten, 2016).

Å velge et egnet sted for undervisningen og veiledningen er vesentlig for at pasienten skal kunne være i stand til å ta til seg det som formidles. Et miljø som krever mye oppmerksom med lukter eller lyder fra andre pasienter, kan trekke pasientens oppmerksomhet vekk fra lærings situasjonen. Det vil også kunne føre til at pasienten holder tilbake informasjon, noe som er ugunstig med tanke på at aktiv dialog vil skape større engasjement og utbytte. Pasientens rom vil ofte være et naturlig valg for undervisningen og veiledningen, da dette er pasientens sted og kan oppleves trygt. Sykepleier må likevel være klar over at ved andre pasienter til stede kan det påvirke situasjonen (Tveiten, 2016).

Tverrfaglighet i rehabiliteringstjenesten ble vektlagt med innføringen av samhandlingsreformen. Fysioterapeuter og ergoterapeuter er her beskrevet som sentrale aktører for opptrening av pasienter som har til mål å øke sitt funksjonsnivå og mestre aktiviteter i hverdagen (St.meld.nr.47, 2008-2009). Dette er sentralt for pasienter med kronisk hjertesvikt, da de erfarer at den fysiske formen setter en begrensning for utøvelsen av aktiviteter i hverdagen (Stubberud, 2016a). Dette kan påvirke den fysiske dimensjonen av livskvaliteten til pasienten (Wahl & Hanestad, 2007). Tverrfaglighet i rehabiliteringstjenesten er av Stubberud & Ellingsen (2016) beskrevet til å innebære blant annet klinisk ernæringsfysiolog, lege, fysioterapeut og sosionom. Sykepleier arbeider med andre ord ikke alene i en rehabiliteringsprosess (Stubberud & Ellingsen, 2016). Helsepersonelloven (1999, § 4) lovfester at det skal søkes samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell når det ses et behov for det hos pasienten. Tverrfagligheten skal være med på å sikre at pasientene får et helhetlig tjenestetilbud (St.meld.nr.47, 2008-2009).

5.1.3 Mål

Det overordnede målet for rehabiliteringsoppholdet er å styrke pasientens funksjonsnivå og evne til å mestre hverdagen (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3). Et annet overordnet mål med helsetjenesten er å øke livskvaliteten til pasienten (Wahl & Hanestad, 2007; Stubberud & Ellingsen, 2016). Veiledning og undervisning har derfor til hensikt å bidra til at pasienten når disse målene. Gjennom veiledning og undervisning er målet at pasienten skal tilegne seg nok kompetanse om egen sykdom. Dette for at pasienten skal ha forutsetning til å etterleve anbefalt livsstil og administrere medisiner på egenhånd. Videre er det et mål at pasienten læres opp til å overvåke vitale tegn, slik at han er i stand til å fange opp symptomer som kan indikere tegn på forverring (Stubberud, 2016a). Disse målene er på mange måter i tråd med Tveiten (2016) som hevder at pasientopplæring har til hensikt å bidra til mestring og kompetanseutvikling.

Ifølge Kraai et al. (2018) sin forskning, var et av de viktigste målene for pasientene at sykdommen ikke skulle utvikle seg videre. De ønsket å holde seg stabile i nåværende situasjon, og være i stand til å leve et normalt liv. Videre hadde de til mål å få bedre fysisk funksjon, og få redusert sine symptomer (Kraai et al., 2017). Pasientenes ønsker og mål i Kraai et al. (2018) sin forskning, er med andre ord overensstemmende med målene beskrevet i forskrift om habilitering og rehabilitering. Romsland, Dahl & Slettebø (2015) hevder at rehabiliterings-sykepleie skal ta utgangspunkt i hver enkelt pasient sine mål. Sykepleier må derfor undersøke hva disse er. Hun må spørre pasienten hva pasienten ønsker å mestre, hva pasienten erfarer er hindringer for å nå målene, og hva pasienten til vanlig trener på i arbeid for å nå sine mål (Romsland et al., 2015).

Ifølge Tveiten (2016) kan det være aktuelt å sette konkrete mål som er tidfestet og målbare. Dette for at sykepleier og pasienten skal kunne ta utgangspunkt i målet når det gjøres valg og vurderinger. I tillegg legger et konkret mål en retningslinje for hva som bør vektlegges av innhold i veiledningen og undervisningen. Her er det viktig at pasienten er en samarbeidspartner når mål skal settes (Tveiten, 2016). Dette lovfestes av Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, § 3) som presiserer at pasienten skal være delaktig i rehabiliteringsprosessen. Noen pasienter vil behøve hjelp til å utarbeide et realistisk mål, og sykepleier kan her bidra med sine fagkunnskaper og erfaringer. Et realistisk mål vil gjøre det lettere for pasienten å holde

motivasjonen oppe, i tillegg til at pasienten vil kunne kjenne på mestring når han når målet (Tveiten, 2016).

Ved valg av gruppeundervisning som metode, vil målet i denne sammenheng innebære at pasienten skal bli mer bevisst egne kunnskaper, opplevelser og erfaringer. Dette gjennom å lytte til andre pasienters tanker om egen sykdom, og dele sine egne erfaringer. Dette vil kunne oppleves som positivt for pasienten, og kan bidra til at pasienten kjenner på egen mestringsfølelse (Tveiten, 2016).

5.1.4 Innhold

Valg av innhold for veiledning og undervisning tar utgangspunkt i den enkelte pasients læreforutsetninger og mål (Tveiten, 2016). Sykepleier i rehabiliteringsfeltet besitter kunnskaper, ferdigheter og holdninger som kan være til hjelp for pasienten. Ved å dele denne kunnskapen, er det ønskelig at pasienten skal kunne klare å ta tak i de begrensningene han erfarer, og finne løsninger som kan redusere hindringene (Romsland et al., 2015).

Ifølge Stubberud & Ellingsen (2016), vurderte hjerterehabiliteringspasienter sykdomslære og legemiddelbruk som viktig innhold i undervisningen og veiledningen. Dette kan i lys av min oppgave forstås som at generell kunnskap om anatomi og fysiologi, samt sykdomslære om kronisk hjertesvikt er hensiktsmessig informasjon. Stubberud & Ellingsen (2016) peker på at veiledning og undervisning også skal inneholde informasjon om hvordan pasienten skal overvåke sine vitale tegn og redusere sine symptomer. Videre hevder de at pasienten må formidles kunnskap som gjør han i stand til å fange opp symptomer som kan indikere tegn til forverring (Stubberud & Ellingsen, 2016). Behandlingen av kronisk hjertesvikt tar sikte på livsstilsintervensjoner og legemiddelbehandling (Stubberud, 2016a). Alkan & Nural (2017) hevder at ved å ikke overvåke vitale tegn, veie seg daglig, følge et tilpasset kosthold, overholde regelmessig mosjon og forordnet legemiddelbehandling, vil det for pasienten kunne føre til en forverring av symptomene, redusert livskvalitet og reinnleggelse på sykehus. Hvilke tiltak som er viktig for å endre livsstil og hva som er viktig i bruken av medisiner, vil være sentral informasjon til pasienten (Stubberud & Ellingsen, 2016). Stubberud & Ellingsen (2016) påpeker at sykepleiestyrteintervensjoner har vist seg å ha positiv effekt for å endre pasientens livsstil.

Livsstiltiltak er som nevnt en sentral del av behandlingen ved kronisk hjertesvikt. Å etterleve anbefalt livsstil vil ifølge Stubberud (2016a) kunne bidra til at pasienten reduserer sine symptomer, og samtidig hindre en eventuell forverring og sykehusinnleggelse. Kostholdsveiledningen står her sentralt, da det er restriksjoner og kostholdsråd som er av hensikt for å kontrollere sykdommen (Stubberud & Ellingsen, 2016). Noen av kostholdsrådene er generelle, samtidig som de også må gis etter den enkeltes behov og ernæringsstatus. Sykepleier må derfor vurdere pasientens kunnskaper om ernæring og hans ernæringsstatus, før hun kommer med konkrete råd og anbefalinger. Pasienten skal ikke ha for mye eller for lite ernæring, da begge deler kan føre til komplikasjoner. Vektreduksjon er hensiktsmessig for den overvektige, men for den normalvektige er det anbefalt å etterfølge de offisielle Norske kostholdsrådene (Stubberud, 2016b). Pasienter som kartlegges som undervektige vil få styrket sin hjertefunksjon ved adekvat ernæringstilførsel. Dette vil igjen kunne bedre deres livsutfoldelse og livskvalitet (Stubberud, 2016a)

Ifølge Stubberud (2016a) opplever mange pasienter at en livsstilsendring kan være vanskelig. Det er derfor viktig at informasjonsmengden og forventingen til pasienten ikke er for stor. Det skal være til inspirasjon, og målene bør først og fremst formuleres av pasienten selv. Enkle grep og små endringer, er til fordel fremfor store endringer på kort tid (Stubberud, 2016b). Ifølge Stubberud (2016b) reduserer et sunt kosthold episoder med forverring av sykdom, i tillegg til at forekomsten av dødelighet også kan reduseres. Sett i lys av dette er det hensiktsmessig at sykepleier bevisstgjør pasienten på betydningen av et sunt kosthold. Dette for å forebygge at sykdommen utvikler seg, noe som er belyst til å være et mål for pasienten (Kraai et al., 2018). I veiledning og undervisning bør det presiseres for pasienten at for å få til en varig endring vil en gradvis omlegging av kostholdet være hensiktsmessig (Stubberud, 2016c). Stubberud (2016a) peker på at et samarbeid mellom sykepleier, ernæringsfysiolog og lege er viktig for å ivareta ernæringsbehovet til pasienter med kronisk hjertesvikt. Dette samarbeidet legges det til rette for gjennom forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, § 3).

Salt- og natriumrestriksjon er et generelt råd som gis til pasienter med hjertesvikt. Det anbefalte inntaket er på 2 g natrium eller 5 g salt per dag, noe som tilsvarer i underkant av 1 teskje. Dette er viktig for hjertesviktpasienten, da en saltfattigkost fører til redusert belastning på hjertet. I tillegg til at det reduserer en mulig væskeutvikling i kroppen (Stubberud, 2016b). Stubberud (2016b) hevder at maten kan for pasientene oppleves som smakløs uten salt, og at matopplevelsen kan reduseres som en følge av dette. Enkelte pasienter erfarer også nedsatt

appetitt som et symptom ved hjertesvikt, samt at normale aldersforandringer også fører til redusert matlyst. Sykepleier må forklare pasienten at det å vende seg til et saltfattig kosthold kan ta tid. I tillegg kan hun råde pasientene til å tilsette annet krydder og friske urter for å få en bedre og rikere smak (Stubberud, 2016b). Et høyt saltinntak kan ifølge Stubberud (2016a) utløse en akutt eksaserbasjon av sykdommen, noe som vil kunne føre til sykehusinnleggelse. Dette vil igjen være viktig å bevisstgjøre for pasienten, slik at han får forståelse for hvilken betydning det har å etterleve et saltredusertkosthold. Tveiten (2016) hevder at når pasienten ser en sammenheng mellom informasjonen som gis og egen sykdom, vil informasjonen oppleves som nyttig.

Stubberud & Ellingsen (2016) hevder at et stort alkoholinntak kan føre til økt belastning på hjertet, noe som er lite hensiktsmessig for hjertesviktpasienten. Økt blodtrykk, skade av myokard og hjerterytmeforstyrrelser er komplikasjoner som kan forekomme ved inntak av store mengder alkohol (Stubberud & Ellingsen, 2016). Dette er i tråd med Rustøen (2007) som sier at alkohol kan stimulere sirkulasjonen unødvendig og belaste hjertet. Likevel presiseres det at et moderat alkoholinntak og forbruk antas å være uten økt risiko (Rustøen, 2007). Dette er informasjon sykepleier må formidle til pasienten. Pasienten bør være bevisst sitt alkoholinntak, og unngå å konsumere mer enn 1-2 enheter daglig (Stubberud & Ellingsen, 2016).

Ødemer viser seg gjennom forskning og faglitteraturen å være et symptom som preger pasientene (Alkan & Nural, 2017; Stubberud, 2016a). Pasienten må derfor tilegne seg kunnskap om hvordan han kan observere kroppen etter ødemer. Bein og ankler er utsatte områder for vannansamling i stående stilling, mens det i liggende stilling kan ses på sakrale områder. I tillegg er det viktig at sykepleier informerer pasienten om at han bør observere vekten daglig (Stubberud, 2016a). Pasienten bør veie seg uten klær og etter at han har latt vannet. Målingen bør foregå til samme tidspunkt hver dag (Sortland, 2015). Alkan & Nural (2017) fant i sin studie at et flertall av pasientene oppgav at de ikke veide seg daglig. En vektøkning kan ifølge Sortland (2015) indikere væskeansamling før det observeres klinisk. I tillegg kan ødemutvikling ifølge Stubberud (2016a) være et tidlig tegn på komplikasjon. Ved en vektøkning på over 2 kg på 1-3 døgn bør pasienten kontakte lege for en eventuell legemiddeljustering. Det er derfor viktig at pasienten besitter denne kunnskapen, slik at han er i stand til å se en sammenheng mellom sin kroniske hjertesvikt, og ødemer og vektøkning (Stubberud, 2016a).

Ifølge Rustøen (2007) er emosjonelt stress noe som preger pasienter med kronisk hjertesvikt. Pasientene erfarer mange plagsomme og alvorlige symptomer, i tillegg til at framtidsutsiktene ofte er usikre (Rustøen, 2007). Stubberud (2016a) hevder at sykdommen preges av akutte og stabile perioder, noe som gir en uforutsigbarhet og usikkerhet for pasienten. Det alvorlige sykdomsbildet og opplevelsen av dyspnè kan også føre til angst hos pasienten (Rustøen, 2007). Stubberud (2016a) peker på at angst og utrygghet kan gå ut over pasientens evne til egenomsorg og mestring av egen situasjon. (Stubberud, 2016a). Å føle psykisk velvære er ifølge Wahl og Hanestad (2007) et område som påvirker livskvalitet. Det kan derfor tolkes som at pasientens livskvalitet trues av det emosjonelle stresset og de psykiske belastningene pasientene erfarer.

Sykepleierens rehabiliterende funksjon innebærer både en terapeutisk og veiledende rolle (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). Psykosial støtte fra sykepleier er ifølge Stubberud (2016a) av stor betydning for at pasienten skal klare å følge livsstilsråd, ivareta egenomsorg og følge legens forordninger av legemidler. I tillegg til at psykososial støtte vil kunne virke motiverende for pasienten og bidra til at pasienten ser en mening i livssituasjonen (Stubberud & Ellingsen, 2016). Å oppleve mening med livet er også av Wahl & Hanestad (2007) beskrevet til å være en del av livskvalitet. Psykosial støtte fra sykepleier og pasienter i samme situasjon, vil her være viktig for pasienten (Stubberud & Ellingsen, 2016). Kunnskap og forståelse om sykdommen og dens symptomer vil kunne bidra til at pasienten opplever trygghet i egen situasjon. Hos pasienter som opplever depresjon vil psykososial støtte fra sykepleier også kunne være av betydning for pasienten (Stubberud, 2016a).

Aktivitetsnivået til pasienten kan ifølge Stubberud (2016a) reduseres som en følge av fatigue og dyspnè. Pasientene opplever å bli fortære slitne ved aktivitet, i tillegg til at fatigue kan skape en følelse av ekstrem utmattelse. Dette er i tråd med Rustøen (2007), som peker på at kronisk hjertesvikt kan føre til nedsatt fysisk bevegelse. Stubberud (2016a) hevder at dette påvirker pasientens livsutfoldelse og livskvalitet. Pasientene erfarer at aktivitetsnivået fører til en begrensning i hverdagslige aktiviteter (Stubberud, 2016a). Norberg et al. (2014) fant i sin studie at pasientene følte seg generelt slitne på daglig basis. Å gå turer, gå i trapper, bære varer hjem fra butikken og lage mat er eksempler på aktiviteter som gjorde at pasientene opplevde dyspnè og utmattelse (Norberg et al., 2014). Å ha en god funksjonsevne er et av område beskrevet innenfor livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2007). I tillegg kan funksjonsnivået påvirke pasientens evne til å delta i det sosiale liv (Rustøen, 2007). Norberg et al. (2014) hevder at pasientene ofte unngikk å reise på familiesammenkomster og andre aktiviteter, da de ikke følte seg i stand til å

delta på samme måte som før. Et redusert funksjonsnivå vil med andre ord kunne påvirke både fysiske og sosiale områder av livskvalitet.

Stubberud & Ellingsen (2016) hevder at et mål for hjerterehabiliteringen er å forebygge angst for å bedrive fysisk aktivitet og øke arbeidskapasiteten til pasienten. De generelle rådene for aktivitet er regelmessig mosjon og styrketrening. Dette for at pasienten skal få bedre utholdenheten, bevare og øke muskelstyrke, og dermed få økt evne til å gjennomføre hverdagslige aktiviteter (Stubberud & Ellingsen, 2016).

Individuelle fysiske aktivitetsråd er for pasienten hensiktsmessig (Rustøen, 2007). Intensitet, frekvens, varighet og antall treninger må tilpasses pasientens fysiske form (Stubberud & Ellingsen, 2016). Stubberud & Ellingsen (2016) hevder at sykepleier kan bruke aktivitetshåndboken i veiledningen. I aktivitetshåndboken fremkommer det hvordan fysisk aktivitet kan brukes i rehabilitering av hjertesykdom (Stubberud & Ellingsen, 2016). Det kan for pasienten være utfordrende å opprettholde motivasjonen for regelmessig fysisk aktivitet. Aktivitetsrådene har til hensikt å øke motivasjonen til pasienten. Dette gjennom økt kunnskap om trening og helsegevinster av treningen (Stubberud & Ellingsen, 2016). Tverrfaglig samarbeid med fysioterapeut står her sentralt (St.meld.nr.47, 2008-2009). Gjennom egen praksis på helsehus erfarte jeg at pasientene trente regelmessig med fysioterapeut. Det var fastsatte tidspunkt for treningen, i tillegg til at pasientene trente med sykepleier og annet helsepersonell utenom dette. Jeg opplevde at pasientene så på dette som nyttig.

Legemiddelbehandling står sentralt hos pasienter med kronisk hjertesvikt (Stubberud, 2016a). Innholdet for veiledningen og undervisningen må derfor si noe om dette. Målet er at pasienten skal mestre, og føle seg trygg på å administrere egne legemidler. Først og fremst vil det være naturlig å fortelle noe om indikasjonen for de aktuelle legemidlene. Videre er det nødvendig å informere om vanlige bivirkninger ved de forskjellige medikamentene (Stubberud & Ellingsen, 2016). I Kraai et al. (2018) sin studie fremkommer det at pasientene hadde erfart bivirkninger, og de utrykte bekymring over mengden tabletter de måtte forholde seg (Kraai et al., 2018). Hvis pasienten tilegner seg kunnskaper om legemidlenes funksjon, bivirkninger og hva som kan ha innvirkning på effekten (for eksempel kosthold), vil han være i stand til å evaluere egen bruk. Det vil kunne gjøre at pasienten opplever trygghet i situasjonen (Stubberud & Ellingsen, 2016).

5.1.5 Valg av veiledning- og undervisningsmetode

Stubberud & Ellingsen (2016) hevder at skriftlig informasjon, individuell undervisning og gruppeundervisning er aktuelle fagdidaktiske metoder. Tveiten (2016) hevder at en kombinasjon av flere metoder ofte vil være nyttig for å nå målet med veiledningen og undervisningen. Videre påpeker Tveiten (2016) at metode bestemmes av flere faktorer. Forhold som tid, sted, innhold, pasientens situasjon og hensikt er med på å bestemme valget av metode. Det viktigste vil være å møte hver enkelt pasient der han er, og på bakgrunn av disse forholdene vurdere hvilken veilednings- og undervisningsmetode som kan være mest nyttig.

Norberg et al. (2014) viser til at pasienter med kronisk hjertesvikt kan utvikle en ny identitet. Sykdommens utfordringer medfører at de må gjøre valg som ikke alltid er ønskelig, og tilpasse seg etter de symptomene de erfarer (Norberg et al., 2014). Det å realisere seg selv, verdier, mål og meninger med livet kan forstås som en del av livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2007). Disse områdene innenfor livskvalitet vil potensielt kunne bli utfordret om pasienten opplever en ny identitet som følge av sykdommen. Videre viser Norberg et al. (2014) at pasientene som mottok informasjon som de opplevde som forklarende for deres situasjon, opplevde å få et nytt syn på livet. Å gi individuell informasjon med et holistisk og helhetlig perspektiv er av hensikt. Dette fordi pasientene erfarer å ha forskjellige utfordringer i hverdagen (Norberg et al., 2014).

Kommuri et al. (2012) fant i sin studie at hjertesviktpasienter som mottok 1 times undervisning en-til-en med sykepleier før utskrivelse fra sykehus, hadde bedre evne til å kontrollere egen sykdom i tiden etter. Dette sammenlignet med kontrollgruppen som mottok standard utskrivingsprogram. Deltakerne som scoret høyest på evnen til å kontrollere egen sykdom, rapporterte om at de hadde kunnskaper som gjorde dem i stand til å overholde anbefalingen om å overvåke vekten daglig, følge en kostholdsplan og anbefalte restriksjoner. I tillegg hadde de en plan for hva de skulle gjøre når symptomene ble verre (Kommuri et al., 2012). Dette kan være overførbar informasjon til konteksten helsehus, hvor veiledning og undervisning en-til-en i nevnte temaer vil være en aktuell metode.

Ifølge Stubberud (2016b) er veiledning med dialog og samtale mest aktuelt når sykepleier skal formidle kostholdsråd. Dette fordi dialog skaper en aktiv veiledningssituasjon som vil kunne engasjere pasienten (Stubberud, 2016b). Dette er i tråd med Tveiten (2016) som hevder at læringssituasjoner med aktiv medvirkning skaper et større engasjement og oppleves som mer

meningsfullt. På bakgrunn av dette kan det forstås som at kostholdsveiledning bør gis individuelt til hver pasient. Dette vil også legge til rette for at innholdet tilpasses den enkelte.

Gruppeundervisning kan være aktuelt når sykepleier har flere pasienter med et felles mål. Det vil kunne skape rom for refleksjon, hvor pasientene får muligheten til å dele egne erfaringer og opplevelser. Pasienten kan oppleve å få et nytt syn på egen situasjon gjennom å lytte til hvordan andre har det (Tveiten, 2016). I konteksten helsehus er det naturlig å anta at det er flere pasienter med kronisk hjertesvikt. Dette begrunnet med at det er en utbredt sykdom (Stubberud, 2016a). Samtidig erfarer pasientene forskjellige symptomer til forskjellig tid og i forskjellig grad (Alkan & Nural, 2017). Sett i lys av dette er det derfor flere forhold som må ligge til rette for at gruppeundervisning skal kunne være gjennomførbart og oppleves som nyttig.

Stubberud & Ellingsen (2016) hevder at sykepleier kan anbefale pasienten å bruke en aktivitetsdagbok når det kommer til trening. Dagboken skal være til hjelp for planlegging og gjennomføring, og for at pasientene skal nå målene som er satt med aktivitetsprogrammet (Stubberud & Ellingsen, 2016). Dette er med andre ord en annen fagdidaktisk metode som kan være til hjelp for pasienten. Videre finnes det en rekke informasjonskilder og informasjonsfilmer som sykepleier kan opplyse pasienten om (Stubberud & Ellingsen, 2016).

5.1.6 Vurdering

Etter undervisning og veiledning er det hensiktsmessig å vurdere hvilket utbytte pasienten har hatt av læringssituasjonen. For å vurdere dette kan sykepleier sammen med pasienten oppsummere innholdet de har gått gjennom. Videre er det aktuelt at begge parter deler tanker om hva de har forstått og oppdaget i situasjonen. Dette kan gi klarhet i hva som må vektlegges videre, og hvilket behov det er for videre oppfølging (Tveiten, 2016). Kommuri et al. (2012) oppgir i sin studie at når det kommer til administrering av medisiner, er det ikke sikkert at pasienten klarer å ta til seg all informasjonen første gangen. Basert på dette hevder Kommuri et al. (2012) at undervisning for pasienter med kroniske sykdommer bør foregå over flere ganger. Dette understøtter igjen behovet for at sykepleier i samhandling med pasienten vurderer utbyttet av læringssituasjonen, og hvilket behov pasienten har for veiledning og undervisning videre.

Ifølge Tveiten (2016) kan utfallet av en veiledningsprosess være at pasienten har tilegnet seg økt kunnskap som styrker hans bevissthet, innsikt, mestring og ferdigheter og forsøker å etterfølge disse. Det kan også være at selv med økt bevissthet, forståelse og kunnskap, så fortsetter pasienten å leve som tidligere. Sykepleier har til ansvar å formidle kunnskap, ferdigheter og holdninger som gir pasienten grunnlag for å ta egne valg (Tveiten, 2016). Dette vises det også til gjennom yrkesetiske retningslinjer hvor det belyses at sykepleier skal gi informasjon som gjør pasienten i stand til å ta valg som påvirker egen helse (Norsk sykepleierforbund, 2011). Samtidig står pasienten fritt til å velge hvordan han ønsker å leve (Tveiten, 2016). Sykepleie bygger på respekten for hvert enkelt menneske, hvor pasientens ønsker og selvbestemmelse står sentralt (Norsk sykepleierforbund, 2011).

6. Oppsummering og avslutning

Gjennom denne oppgaven har jeg sett at det å leve med kronisk hjertesvikt vil kunne påvirke alle områder av livskvalitet hos pasienten. Å styrke pasientens kunnskaper vil være middelet for at pasienten skal mestre hverdagen som venter hjemme. Med kunnskaper om sykdommen, legemidler, kosthold, fysisk aktivitet og symptomovervåking, vil pasienten ha forutsetning til å ta valg som kontrollerer og forebygger en forverring av sykdommen. Dette vil kunne bidra til trygghet, mestring og økt livskvalitet. Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon er her sentral. Pasientene har forskjellige utfordringer, erfaringer, kunnskaper og behov. Individuell veiledning og undervisning med et holistisk perspektiv har jeg sett at vil være viktig. I et kommunalt rehabiliteringsopphold legges det til rette for tverrfaglighet i tjenesten, og sykepleier står ikke alene i arbeidet med å styrke pasientens kunnskaper. Fysioterapeut, lege og klinisk ernæringsfysiolog er blant samarbeidspartnerne i rehabiliteringsprosessen, i arbeidet mot å nå pasientens mål. I tillegg vil det være andre rammefaktorer som påvirker sykepleieutøvelsen. Pasientens symptomer er uforutsigbare, og sykepleier har i tillegg mange andre pasienter og arbeider under tidspress. Dette vil kunne påvirke gjennomførelsen av veiledningen og undervisningen.

Psykososial støtte og forståelse fra sykepleier til pasienten er av betydning. Pasientene erfarer psykiske belastninger som emosjonelt stress, fatigue, angst og depresjon. I tillegg kan en livsstilsendring være vanskelig. Videre må sykepleier legge til rette for at hver enkelt pasient opplever å være aktiv og medvirkende i rehabiliteringsprosessen. Når innholdet i veiledningen og undervisningen er i tråd med pasientens behov og mål, vil det oppleves som nyttig for pasienten. Det vil da være mulig for pasienten å tilegne seg kunnskaper, holdninger og forståelse for egen sykdom. Med disse verktøyene vil pasienten ha forutsetning for å ivareta egen helse og livskvalitet.

Referanseliste

- Alkan, S. & Nural, N. (2017). Evaluation of Symptoms and Predictors in Patients With Heart Failure in Turkey. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(5).
doi:10.1097/NJH.0000000000000382
- Bjørndal, B. & Lieberg, S. (1978). *Nye veier i didaktikken*. Oslo:Aschehoug.
- Campbell, A. (1972). Subjective measures of well-being. *Am Psychol*. 1976, 31:117-24.
- Cummins, R.A. (1996). The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos. *Social Indicators Research* 38. 303-28.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16 desember 2011 nr 1256. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelsetjenesteloven>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2 juli 1999 nr. 64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ranhoff, A.H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Håkonsen, K. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk .

- Killie, K. A., & Debesay, J. (2016). Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved - korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 12, (2). doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.4052>
- Kommuri, N.V.A., Johnson, M.L. & Koelling, T.M. (2012). Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 86, 233-238. doi: 10.1016/j.pec.2011.05.019
- Kraai, I.H., Vermeulen, K.M., Hillege, H.L. & Jaarsma T. (2018). «Not getting worse» a qualitative study of patients perceptions of treatment goals in patients with heart failure. *Applied Nursing Research*, 39, 41-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.010>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2012). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A, Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Sykepleierens grunnlag rolle og ansvar* (s. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.ldh.no/om-ldh/_attachment/691?_ts=13a0d932148
- Lazarus, R. S & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Norberg, E.B., Boman, K., Löfgren, B. & Brännström, M. (2014). Occupational performance and strategies for managing daily life among the elderly with heart failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(5), 392-399. doi:10.3109/11038128.2014.911955
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2 juli 1999 nr. 63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

- Romsland, G., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rustøen, T. (2007). Å leve med hjerte- og karlidelser. I E. Gjengedal, & B. Rokne Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom* (s. 161-188). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring - mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget.
- St.meld.nr.47. (2008-2009). *St.meld.nr.47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stubberud, D.-G. (2016a). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av kronisk hjertesvikt. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 115-134). Oslo: Cappelen Damm.
- Stubberud, D.-G. (2016c). Sykepleierens funksjon og ansvar ved primærforebygging av hjertesykdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 40-53). Oslo: Cappelen Damm.
- Stubberud, D.-G. (2016b). Å ivareta pasientens ernæringsbehov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 394-419). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Stubberud, D.-G., & Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering . I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 422-446). Oslo: Cappelen Damm.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wahl, A., & Hanestad, B.R.(2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring. I E. Gjengedal, & B. Rokne Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom* (s. 29-55). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Ørn, S., & Brunvand, L. (2015). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 160-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.