



Livsstilsendring ved hjerteinfarkt

Hvordan kan sykepleier bidra til livsstilsendringer hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt?

Kandidatnummer: 537
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 9887
Dato: 23.04.19

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato. 23.04.19
Tittel: Livsstilsendring ved hjerteinfarkt	
<p><u>Problemstilling:</u></p> <p><i>”Hvordan kan sykepleier bidra til livsstilsendringer hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt?”</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u></p> <p>Det teoretiske perspektivet baserer seg på sykdomslæren tilknyttet hjerteinfarkt og risikofaktorer, og kostholdets betydning i den forebyggende behandling av hjerteinfarkt. I lys av oppgavens problemstilling, inkluderes teori om er sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Den didaktiske relasjonsmodellen som et sykepleieverktøy, beskrives avslutningsvis, der modellens ulike momenter danner grunnlaget for videre drøfting av tema.</p> <p><u>Metode:</u></p> <p>Litterær oppgave er metoden for oppgave, hvor jeg har anvendt relevant fag- og forskningslitteratur, juridiske bestemmelser og etikk for å belyse problemstillingen. Forskningsartiklene jeg har brukt er funnet gjennom systematiske søk på databasen Cinahl.</p> <p><u>Drøfting:</u></p> <p>Fag-og forskningslitteratur hevder at pasienter har individuelle forskjeller i en endringsprosess, både når det kommer til oppfattelser av sykdomstilstand, forutsetninger for læring og motivasjon. Enigheten er stor blant både teoretikere og forskere om at det som sykepleier er viktig å ta hensyn til disse forskjellene og med det gjør en god kartlegging for å bli kjent med pasienten før det bestemmes hva det skal undervises og veiledes i. At sykepleieren besitter gode pedagogiske, kommunikative og faglige kunnskaper, vil være av betydning for pasientens forståelse, læring og endringslyst, men vil ikke ene og alene være avgjørende. Pasientens oppvekke i møte med alvorlig sykdom ser også ut til å være av betydning for motivasjonen. Rammefaktorer som tidsmangel vil kunne by på utfordringer både for sykepleier og pasient, da sykepleieren kjemper mot klokken for å rekke alt, og pasientens emosjonelt sett ikke er egnet til å motta informasjon rett etter behandling.</p> <p><u>Konklusjon:</u></p> <p>Ved bruk av den didaktiske relasjonsmodellen, kan sykepleieren, gjennom veiledning og undervisning bidra til livsstilsendring hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. Å prioritere undervisning og veiledning av pasienter, og samtidig bidra til å at pasienter kommer i kontakt med andre tjenesteytere etter utskrivelse for å sikre vedlikehold, vil være viktige sykepleieoppgaver.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling: avgrensning, klargjøring av målgruppe og kontekst.....	2
2	Teoretisk grunnlag	3
2.1	Hjerteinfarkt.....	3
2.1.1	Risikofaktorer.....	3
2.1.2	Kostholdets betydning.....	4
2.2	Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, lovverk og yrkesetikk.....	5
2.3	Endringsarbeid	5
2.3.1	Helseveiledning.....	5
2.3.2	Motivasjon	7
2.3.3	Kostholdsamtale.....	8
2.4	Den didaktiske relasjonsmodellen	8
3	Metode	10
3.1	Faglitteratur.....	10
3.2	Litteratursøk og søkehistorikk.....	10
3.2.1	Tabell 1: Søkematrise.....	11
3.3	Kildekritikk.....	12
3.3.1	Faglitteratur	12
3.3.2	Forskningslitteratur	12
3.4	Etiske vurderinger.....	13
4	Forskningsfunn.....	14
4.1	Tabell 2: Artikkelmatrise	14
5	Drøfting	15
5.1	Pasienters ulike forutsetninger.....	16
5.2	Rammefaktorer	18
5.3	Motivasjon som forutsetning.....	21
5.4	Innhold og metodikk	23
5.5	Prosessvurdering	26
6	Avslutning	28
7	Referanser	30

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det diagnostiseres svært mange pasienter med iskemisk hjertesykdom hvert eneste år. I følge Folkehelseinstituttet ble det i 2017 diagnostisert 58 091 pasienter med sykdommen, der det samme år døde 2122 pasienter som en følge av akutt hjerteinfarkt. Likevel ser man en nedgang fra 2016 med i underkant av 10 000 antall diagnostiserte med iskemisk hjertesykdom, og i underkant av 200 antall døde av hjerteinfarkt (FHI, 2018). Med gode behandlingstiltak er det mye som tyder på at dødeligheten blant pasienter med hjertekarsykdommer er på vei ned, og det betyr at i årene fremover vil antallet pasienter som lever med sykdommen øke (FHI, 2018). Legemiddelbehandling som er kolesterol- og blodtrykksenkende og blodfortynnende, er ofte en del av forbyggende behandling av iskemi i koronararteriene (Ørn & Brunvand, 2016). Livsstilsendring i form av røykeslutt, økt fysisk aktivitet og kostholdsendringer, er på sin side i tillegg helt avgjørende for en tilstrekkelig forbyggende behandling hos disse pasientene. Til sammen vil det kunne være med på å reversere den vaskulære sykdomsutviklingen (Irmak & Fesci, 2008). Det inngår i sykepleierens rolle å informere om de positive effektene ved å forandre på livsstilen. Denne informasjonen er betydningsfull for å øke den indre motivasjonen, og kan være avgjørende for om pasienten mestrer endring av livsstil (Ørn & Brunvand, 2016). Forskning tilsier at systematiske, strukturerte sykepleietiltak for å fremme læring og atferdsendring spiller en viktig rolle i møte med pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt (Saffi, Polanczyk & Rabelo-Silva, 2013).

Denne oppgaven omhandler viktigheten av livsstilsendring hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. En viktig faktor for at jeg valgte dette temaet, er min egen interesse for hjertets anatomi og fysiologi etter sykehuspraksis på kardiologisk sengepost. I disse periodene lærte jeg mye både av pasienter med ulike hjertesykdommer, samt av dyktige sykepleiere. Det var dessuten meget god kultur for veiledning og undervisning blant sykepleiere på avdelingen. Det ble i begynnelsen av praksisperioden satt av tid til undervisningsdager om hjertets anatomi og fysiologi, samt de vanligste hjertesykdommene for å bedre studentenes forkunnskaper. Koronar iskemi og hjerteinfarkt var den hyppigste årsaken til innleggelse på praksisavdelingen, og er en del av bakgrunnen for at interessen oppstod. Gjennom

undervisning og veiledning skal jeg studere hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt kan oppnå livsstilsendring med fokus på kostholdsendringer ved å trekke inn relevant fag- og forskningslitteratur som belyser det aktuelle.

1.2 Problemstilling: avgrensning, klargjøring av målgruppe og kontekst

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleier bidra til livsstilsendringer hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt?”

Iskemisk hjertesykdom kan ramme både kvinner og menn (Ørn & Brunvand, 2016), og derfor har jeg valgt å inkludere begge kjønn som målgruppe for denne oppgaven. Jeg avgrenser imidlertid til voksne som er i yrkesaktiv alder. Jeg har valgt å fokusere på livsstilsendringer med hovedvekt på kostholdsendringer. Et riktig kosthold kan være med på å redusere LDL-nivået (kolesterol), som på sin side er høyst medvirkende til utvikling av hjerteinfarkt (Sortland, 2015). Økt fysisk aktivitet og røykeslutt inngår også som en stor del av forebyggingen av hjerteinfarkt (Ørn & Brunvand, 2016), men på grunn av oppgavens omfang og egen interesse for matinntakets betydning, har jeg valgt å fokusere på kostholdsendringer. En sykepleier har mange funksjoner i sin yrkesutøvelse (Kristoffersen et al, 2016), men jeg har valgt å fokusere på sykepleierens undervisende og veiledende funksjon i møte med pasienter i en endringsprosess. Videre vil jeg trekke frem at jeg har valgt å ekskludere pårørende i denne oppgaven. Ikke fordi det ikke er en viktig faktor for pasienter i en endringsprosess, men både på grunn av oppgavens omfang og fordi jeg ut i fra erfaring har sett at pårørende ofte ikke er tilstede da samtalen finner sted.

Iskemisk hjertesykdom kan deles inn i ulike former; stabil og ustabil iskemisk hjertesykdom som igjen har sine undergrupper, hjerteinfarkt med N-STEMI og STEMI (Ørn & Brunvand, 2016). I denne oppgaven har jeg valgt å konsentrere meg om hjerteinfarkt som diagnose, da tilnærmingen knyttet livsstilsendring vil være den samme uavhengig av formen for iskemisk hjertesykdom (Ørn & Brunvand, 2016). Pasienter med diagnostisert hjertesvikt etter gjennomgått hjerteinfarkt er ikke tatt med i vurderingen i dette litteraturstudie, da tilnærmingen vil være ulik og mer omfattende (Fållun, Instenes & Norekvål, 2013).

Konteksten for hvor sykepleier kan møte disse pasientene vil være på kardiologisk sengepost. Sykepleieren skal i denne oppgaven anvende den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy for å bidra til livsstilsendring hos pasienten. Dessuten vil jeg nevne at jeg i denne oppgaven

ved flere anledninger vil omtale pasienten for ”han” og sykepleier for ”hun”, kun for å simplifisere fremstillinger, og ikke for å utelukke at rollene kan være annerledes.

2 Teoretisk grunnlag

I dette kapitlet skal jeg ta for meg den teorien jeg opplever som relevant tilknyttet min problemstilling. Jeg skal forklare hva hjerteinfarkt er, inkludert viktige risikofaktorer, og det er fordi jeg anser dette som et viktig teoretisk kunnskapsgrunnlag. Samtidig er dette viktig informasjon som sykepleier formidler til pasienten, for at han skal få bedre forståelse både for sin sykdom og betydningen av livsstilsendring (Ørn & Brunvand, 2016). Jeg vektlegger motivasjon som et avgjørende fundament for at endring skal finne sted (Eide & Eide, 2016). I tillegg skal jeg ta for meg kostens betydning for utvikling og forebygging av hjerteinfarkt. Videre fokuserer jeg på sykepleierens undervisende og veiledende funksjonen i møte med pasienter i en endringsprosess. Avslutningsvis skal jeg presentere den didaktiske relasjonsmodellen som et sykepleieverktøy i endringsprosessen (Christiansen, 2013).

2.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en tilstand som oppstår når forsyningen av oksygenrikt arterielt blod blir for lav i forhold til minimumsbehovet som hjertemuskelcellene har for oksygen. Hjerteinfarkt deles inn i Non-ST-elevation myocardial infarction (N-STEMI) og ST-elevation myocardial infarction (STEMI). Ved N-STEMI vil en trombedannelse resultere i at koronararterien blir delvis tett for blodgjennomstrømning, og oksygenforsyningen til hjertet blir mindre enn hva det har behov for. Ved STEMI stenger en trombe for all blodgjennomstrømning i en koronararterie, slik at oksygenforsyningen opphører i det området som er berørt (Ørn & Brunvand, 2016). Resultatet blir at myocardcellene nekrotiserer og den delen av hjertemuskelen som er rammet, vil dø. Hvordan denne trombedannelsen oppstår, vil jeg forklare ytterligere i kapitlet under om risikofaktorer.

2.1.1 Risikofaktorer

Aterosklerose er en tilstand som oppstår når kolesterol, eller LDL-partikler (low-density lipoprotein-partikler) passerer gjennom store og mellomstore arterier og fester seg i arterieveggen (intima). Det hele starter med at endotelet er skadd som en følge av

multifaktorielle årsaker som dårlig kosthold, røyking, fysisk inaktivitet og hypertensjon. Dersom endotelet er skadd, vil det lettere avleires LDL-partikler og det vil hope seg opp og oksidere. Til sammen vil det danne seg et aterosklerotisk plakk. Denne prosessen fører til at åreveggen blir fortykket slik at blodgjennomstrømningen blir redusert, og dersom blodet koagulerer rundt det skadde endotelet med det aterosklerotiske plakket, vil det kunne oppstå en trombe i området. Hvis denne prosessen foregår i koronararteriene i hjertet, vil det potensielt føre til et hjerteinfarkt (Ørn & Brunvand, 2016).

Hypertensjon er som nevnt en av risikofaktorene for aterosklerotisk utvikling i arteriene, og er dermed i høyeste grad også en risikofaktor for utvikling av et hjerteinfarkt (Ørn & Brunvand, 2016). Et normalt blodtrykk er alt fra 120-129 systolisk trykk (mm Hg) over 80-84 (mm Hg) diastolisk trykk, men en pasient kan fortsatt ha en systole på 139 over diastole på 89 uten å regnes som hypertensiv (Ørn & Brunvand, 2016). Hypertensjon over lang tid vil, på grunn av det høye trykket i årene, kunne skade åreveggen og fremskynde den aterosklerotiske prosessen i arteriene som gir en økt risiko for utvikling av iskemi og hjerteinfarkt (Ørn & Brunvand, 2016).

2.1.2 Kostholdets betydning

For å kunne forebygge utvikling av et nytt hjerteinfarkt, er det viktig å redusere risikofaktorene. Faktorer som alder og genetikk er det ikke mulig å rå over, men de faktorene man kan ha en innvirkning på er kostholdsendringer, økt fysisk aktivitet, redusert alkoholinntak og røykeslutt (Sjøen & Thoresen, 2012). Man ser at sammenhengen er stor mellom høyt LDL-nivå i blodet og utvikling av hjerte- og karsykdommer. Sjansen for å dø av et hjerteinfarkt vil være mindre enn en tidel hos personer med et LDL-nivå under 5 mmol per liter sammenlignet med personer med et LDL-nivå på 10 mmol per liter (Sjøen & Thoresen, 2012). Et kosthold med høyt LDL-innhold viser seg å ha en sammenheng med utvikling av hjerteinfarkt. Mettet fett og transfett er av de fettypene som er med på å øke mengden LDL i blodet, mens flerumettet fett vil kunne ha en kolesterolsenkende egenskap (Sortland, 2015). Helsedirektoratets (2015) anbefalinger er å spise variert, og redusere mengden av bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker. Til gjengjeld øke mengden med grønnsaker, fisk, frukt, bær og grove kornprodukter. På denne måten kan man gjennom et kolesterolsenkende kosthold redusere risikoen for få et nytt hjerteinfarkt.

2.2 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, lovverk og yrkesetikk

Undervisning om hva iskemisk hjertesykdom er og hva kostholdsendringer innebærer, informasjon om hvilke helsegevinster som kan følge med å endre på kostholdet, og veiledning av pasienten mot en endring, blir i denne oppgaven viktige sykepleieoppgaver. Sykepleieren har et ansvar for å bidra til læring, utvikling og mestring, både hos pasienter og pårørende. Det dreier seg i denne sammenheng om å fremme pasientens forutsetninger for å opprettholde en god helse og forebygge videreutvikling av sykdomstilstanden i hjertet (Kristoffersen et al, 2016). I de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.4 fremgår det at sykepleieren har et ansvar for å gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon til pasienter (NSF, 2016), hvilket også er nedfelt i Helsepersonelloven § 10. om informasjon til pasienter. Der sykepleier har plikter, vil pasienten ha rettigheter, og er derfor også forhold som inngår i § 3-2. i Pasient- og brukerrettighetsloven om pasientens rett til informasjon. Videre har sykepleieren et ansvar i å ”fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (NSF, 2016, punkt 2.4), hvilket også er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. om pasientens eller brukerens rett til medvirkning. Ved bruk av den undervisende og veiledende sykepleiefunksjonen, er det samtidig viktig at sykepleieren er bevisst sin taushetsplikt, slik at sensitive opplysninger ikke når frem til andre personer som ikke har rett på innsyn i slik informasjon (Helsepersonelloven, § 21. Hovedregel om taushetsplikt).

2.3 Endringsarbeid

2.3.1 Helseveiledning

Når et menneske har gjennomgått et hjerteinfarkt, kan det på lik linje med andre akutte, kritiske sykdomstilstander føre til at livet plutselig forandrer seg. Å gå fra å anse seg selv som et friskt individ til å plutselig bli en syk pasient kan være vanskelig for mange, og kan i stor grad påvirke livskvaliteten (Christiansen, 2013). Da hjertet er et vitalt organ, kan det faktum at livet blir truet av et hjerteinfarkt, oppleves som et sjokk og føre til et emosjonelt stress og redsel. På bakgrunn av disse reaksjonene innser mange at de blir nødt til å endre livsstil for å forebygge at det skjer igjen (Christiansen, 2013). Mange pasienter vet kanskje ikke hva som skal til, og de kan ha behov for ny informasjon og kunnskap gjennom veiledning og undervisning (Eide & Eide, 2016). Det forutsetter at sykepleieren innehar gode faglige, pedagogiske og kommunikative ferdigheter i møte med pasienten (Christiansen, 2013).

Sykepleieren skal i denne sammenheng gjennom undervisning og veiledning hjelpe pasienten til å kunne hjelpe seg selv for å oppnå en livsstilsendring og en bedre helse. Dette kalles for helseveiledning (Christiansen, 2013), hvor det inngår elementer som motivere, prosessvurdere, råde, støtte, undervise, informere, lytte og spørre som alle samles i en sirkulær prosess og er holdninger sykepleier skal ha med seg i endringsarbeidet.

Da det i Pasient og brukerrettighetsloven § 3-5. fremgår at informasjonen som gis skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, ser man at det er viktig at sykepleieren har fokus på å bli kjent med pasienten og på å skape en god relasjon slik at hun kan kartlegge hva den enkelte pasienten trenger undervisning og veiledning i. Det er da viktig at sykepleieren setter av tid til å høre om hvordan pasienten har det og viser omsorg, empati, samt observerer og er aktivt lyttende (Christiansen, 2013). På denne måten kan sykepleieren få innsikt i pasientens egen oppfatning av sin helsetilstand.

Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt kan føle på en usikkerhet preget av at de ikke har nok kunnskaper om sykdommen og hva som var grunnen til at de ble syke. Dette kan igjen resultere i usikkerhet om fremtiden med hensyn til prognose og konsekvenser (Christiansen, 2013). Faktisk er det blitt påvist at pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt ofte har misoppfattelser tilknyttet risikofaktorer for nytt infarkt samt sykdommens konsekvenser og effekt av behandling (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006). Det er vesentlig at sykepleieren kartlegger hva pasienten har av forkunnskaper knyttet sin sykdom ved å stille spørsmål og være aktivt lyttende, og på denne måten kan hun også tilpasse informasjonen og undervisningen på bakgrunn av det (Christiansen, 2013).

Informasjon og undervisning om hvilke skadelige prosesser som skjer inni kroppen blant annet ved for høyt salt-, sukker- og fettinntak er viktig for at pasienten skal forstå betydningen av å snu om vaner (Sjøen & Thoresen, 2012). Det er viktig at sykepleieren innehar gode faglige kunnskaper om hjerteinfarkt som diagnose, og aterosklerose og hypertensjon som risikofaktorer, og formidler dette til pasienten for at han skal få økt forståelse for egen sykdom. Å formidle denne kunnskapen på en måte som fremmer forståelse, krever at sykepleieren tar hensyn til pasientens individuelle forutsetninger for læring i den situasjonen pasienten befinner seg i. En økt forståelse for egen tilstand kan føre til en opplevelse av kontroll og forutsigbarhet. Igjen kan dette redusere usikkerhet og resultere i at pasienten blir motivert til å en mer helsefremmende livsstil (Christiansen, 2013).

I følge Christiansen (2013) tilsier studier at "(...) informasjon ofte blir praktisert på en monologpreget, helsepersonellsentrert måte" (s. 15). Selv om sykepleieren informerer pasienten gjennom undervisning, kan hun fortsatt ha en veiledende rolle. Veiledning forutsetter at sykepleieren har en dialog med pasienten, hvor hun har fokus på å være aktiv lyttende og stille spørsmål. Selv om sykepleieren med sitt kunnskapsgrunnlag vil vite hvilke endringer pasienten burde gjøre, er det likevel viktig at hun anerkjenner pasienten som ekspert på egen kropp. På denne måten fremmer sykepleieren pasientmedvirkning ved at pasienten selv får sette ord på sine følelser, ønsker og mål. Dette er en strategi som kan få pasienten til selv å tenke over sin egen situasjon og oppdage hva som skal til for å endre på livsstilen, men også hva som holder han tilbake. Å finne en løsning på egenhånd gjennom refleksjon og overveielse, kan både styrke problembevisstheten, mestringsfølelse og motivasjon hos pasienten. Dersom kostholdsendingene skal finne sted, forutsetter det nettopp at pasienten er motivert (Christiansen, 2013).

2.3.2 Motivasjon

Motivasjon kan defineres som "bevegelse mot noe man ønsker å oppnå, eller fra noe man ønsker å unngå" (Christiansen, 2013, s. 117) Hos en hjertesyk pasient kan Christiansens (2013) beskrivelse av "mot" være bedre helse med fokus på et sunnere kosthold og "fra" dårlig kosthold og koronarsyk. Motivasjon er som fenomen en helt klar forutsetning for at endring skal skje, og kan ses på som drivkraften i et menneske (Tveiten, 2016). Riktignok hevder Christiansen (2013) at det ikke alltid er gitt at sykdom, lidelse og ubehag umiddelbart skaper motivasjon for læring og mestring og vil avhenge av hvor pasienter befinner seg i situasjonen. For at en pasient skal kunne mestre å gå igjennom en endringsprosess, er det helt grunnleggende at han er problembevisst og har et indre ønske om en endring. Dersom pasienten er klar over hva det innebærer å bli værende i det samme mønsteret med dårlige livsstilsvaner, er han allerede et godt stykke på vei (Eide & Eide, 2016). Som sykepleier er det viktig å hele veien styrke problembevisstheten hos pasienten ved å speile pasientens negative og positive følelser knyttet til endring i forhold til det som er problemet. Det gjør at pasienten selv kan reflektere over hva som holder han igjen og hva som motiverer (Eide & Eide, 2016). For å stimulere motivasjonen for endring, er det viktig at sykepleieren underveis fanger opp pasientens uttalelser om endringslyst og eksempelvis ber pasienten forklare mer om hva som motiverer. På denne måten kan motivasjonen styrkes gjennom dialog (Christiansen, 2013).

2.3.3 Kostholdsamtale

Det vil være viktig at sykepleieren snakker med pasienten om kosthold (Helsedirektoratet, 2015). Det er samtidig viktig at sykepleieren har fokus på å ha en objektiv tilnærming overfor pasienten og legger vekk sine egne vurderinger. Spisevaner kan være vanskelige å endre da de ofte er godt innarbeidet over lang tid. Dersom sykepleieren legger til rette for at pasienten selv kan komme med egne vurderinger og trekke konklusjoner gjennom god dialog, er sannsynligheten større for at endring skjer (Sjøen & Thoresen, 2012). Nettopp det at pasienten selv får ta del i planleggingen og gjennomføringen i sin behandling, synes å være hensiktsmessig med tanke på utfallet (Cruz & Pincus 2002, Stewart 1995, Sørre mfl. 2007 i Christiansen, 2013). Selv om det er viktig å gi informasjon om hva slags type mat pasienten ikke burde spise, trenger muligens pasienten også informasjon om hva som anbefales å spise for å redusere risikofaktorene. En del av rådgivningen kan være å dele ut brosjyrer og lister med kolesterolsenkende mat, men sykepleieren må samtidig ha fokus på å individualisere rådene og sørge for at pasienten selv kan gi uttrykk for sine ønsker i matveien. En måte å sikre pasientmedvirkning på er å tilrettelegge for kostregistrering (Sjøen & Thoresen, 2012). Kulturell eller religiøs bakgrunn, verdier og livssyn vil kunne påvirke behov, ønsker og mål i en endringsprosess og i matveien, og er faktorer sykepleier ta hensyn til (Sjøen & Thoresen, 2012, Christiansen, 2013). Denne kostsamtalen vil derfor både innebære informasjon fra sykepleier og dialog med pasienten for å bidra til brukermedvirkning.

2.4 Den didaktiske relasjonsmodellen

Hovedelementene i helseveiledning som beskrives kort i andre avsnitt i kapittel 2.3 er metodiske elementer som sykepleieren skal anvende når målet er å fremme pasientens forståelse og læring. Det finnes forskjellige typer didaktiske modeller (Christiansen, 2013), men den jeg skal utdype i denne oppgaven er den didaktiske relasjonsmodellen, anvendt i lys av sykepleierens pedagogiske funksjon i møte med pasienter i en endringsprosess. Modellen ble opprinnelig utarbeidet av Bjørndal og Lieberg i sin bok "Nye veier i didaktikken" (1978, s. 135 i Christiansen, 2013), men er tilpasset av Christiansen (2013) for å tilrettelegge for et tydeligere fokus på helseveiledning. Han beskriver modellens momenter på følgende måte:

- *pasientens og pårørendes forutsetninger for læring og mestring*
- *situasjon/kontekst, menneskelige og materielle ressurser*

- *mål, ønsker, behov og verdier*
- *innhold*
- *tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid*
- *vurdering*

(Christiansen, 2013, s. 44)

I det første momentet som omhandler *pasientens og pårørendes forutsetninger for læring og mestring* inngår forhold som mottakerens alder, modenhet, innsikt i egen tilstand, erfaring, kultur og språkbakgrunn. Videre kommer *situasjon/kontekst, menneskelige og materielle ressurser*, hvor pasientsituasjon, rommets betydning, sykehus som kontekst, tid til disposisjon og andre faktorer som kan ha innvirkning på undervisningen og veiledningen, og formidling og mottak av informasjon. *Mål, ønsker, behov og verdier* vil være hva pasienten og sykepleieren ser for seg i en endring, og det ønskede utfallet, som i denne sammenheng kan være et risikoreducerende kosthold. *Innhold* er hva undervisningen og veiledningen skal innebære, da undervisning om hjerteinfarkt med dets risikofaktorer og veiledning til livsstilsendring. *Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid* dreier seg om hvordan sykepleieren velger å utøve undervisningen og veiledningen. Eksempelvis kan dette gjøres gjennom dialog hvor hun demonstrerer, forklarer, viser, justerer og støtter. Det kan også innebære å utdele skriftlig informasjon som brosjyrer, lister eller litteratur til pasienten. *Vurdering* omfatter en kontroll om at pasienten forstår og får med seg det han blir undervist og veiledet i. Denne vurderingen skal riktignok ikke bare foretas i slutten av undervisningsopplegget, men skal gjøres kontinuerlig og kan av den grunn kalles for prosessvurdering. Sykepleieren prosessvurderer ved blant annet å observere, stille spørsmål eller samtale med pasienten for å få et innblikk i hvor pasienten befinner seg i forståelsen av det hele (Christiansen, 2013).

Momentene i den didaktiske relasjonsmodellen er faktorer som sykepleieren må tilpasse etter hver enkelt pasients individualitet i en endringsprosess. Momentene må også ses i sammenheng med hverandre da de vil kunne påvirke hverandre (Christiansen, 2013). Denne modellen danner grunnlaget for videre diskusjon av problemstillingen, og jeg vil derfor gå dypere inn og drøfte momentene i drøftingskapittelet.

3 Metode

Metoden for denne oppgaven er litterær oppgave, hvilket betyr at jeg har basert min oppgave på allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori for å belyse min problemstilling og innhente ny kunnskap (Dalland, 2017). Faglitteraturen jeg har anvendt i teoridelen vil jeg også fremlegge i dette kapitlet. I tillegg vil jeg presentere artiklene i en matrise, og fremgangsmåten for hvordan jeg kom frem til de ulike artiklene jeg har valgt søkematrise. Videre vil jeg trekke inn kildekritikk før jeg avslutningsvis beskriver etiske vurderinger.

3.1 Faglitteratur

Nettressurser som og folkehelseinstituttet og helsedirektoratet benyttet jeg til å innhente opplysninger om hjerteinfarkts aktualitet i samfunnet og for å få et bilde av omfang på nasjonalt nivå gjennom statistikk. I tillegg har jeg innhentet informasjon om iskemisk hjertesykdom og hjerteinfarkt med dets risikofaktorer og behandlingstiltak, og her har jeg anvendt ”Sykdom og behandling” (Ørn og Brunvand, 2016). Det er fordi jeg anser dette som en god kilde når boken er på skolens pensumliste for sykdomslære. Innenfor ernæring har jeg både brukt Sortlands ”Ernæring – mer enn mat og drikke” (2015) og Sjøen & Thoresens ”Sykepleierens ernæringsbok” (2012) for å innhente kunnskap om kostens betydning for iskemisk hjertesykdom. Videre har jeg benyttet meg av faglitteratur med fokus på sykepleierens pedagogiske funksjon og helseveiledning, blant annet ”Helseveiledning” (Christiansen, 2013) med den didaktiske relasjonsmodellen, Eide & Eides ”Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk” (2016) og Tveitens ”Helsepedagogikk – pasient –og pårørendeopplæring” (2016) har vært nyttige kunnskapskilder. Denne faglitteraturen har vært med på å danne et teoretisk grunnlag som kan bidra til å besvare problemstillingen. Lovverk og yrkesetikk har jeg trukket inn flere steder i oppgaven da det regulerer sykepleiefaget og yrkesutøvelsen.

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Mitt fokus har vært å finne artikler som omhandler pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt og sykepleierens rolle og tiltak knyttet til livsstilsendringer. I forbindelse med dette fokuset har søkeordene eksempelvis vært: ”Life Style Changes” AND ”Nursing Interventions” AND ”Myocardial Infarction”. I tillegg har jeg hatt fokus på å finne forskning som kan belyse

sykepleiers syn på omgivelser i sykehus og dens påvirkning på sykepleieutøvelsen. Gjennom søk på ulike databaser, både norske og internasjonale, fant jeg mange interessante artikler som kunne belyse min problemstilling. Av den grunn vil jeg, i tillegg til artiklene inkludert i artikkelmatrisen, også trekke inn andre relevante artikler i drøftingen.

For å belyse min problemstilling, har jeg anvendt fem forskningsartikler aktivt gjennom drøftingskapittelet. Jeg har brukt databasen Cinahl for å finne frem til disse forskningsartiklene, da jeg anser dette som en troverdig plattform for søk. I alle søkene mine avgrenset jeg til artikler som var utarbeidet i tidsperioden 2008-2019, og til språkene norsk, engelsk eller svensk. I noen av søkene jeg gjorde kom det mange treff, men da jeg begynte å lese meg igjennom titler og abstrakt på de ulike artiklene, fant jeg interessante artikler. Av den grunn var det ikke behov for avgrensninger utover språk og tidsperiode. For å gi en oversikt over hvordan jeg kom frem til de ulike artiklene, har jeg samlet søkehistorikken min i en søkematrise:

3.2.1 Tabell 1: Søkematrise

Database	Søkeord	Søketreff 1	Avgrensninger	Søketreff 2	Valgte artikkel
Cinahl	"Life Style Changes" AND "Nursing Interventions" AND "Myocardial Infarction"	2	Ingen søkekriterier anvendt grunnet lavt antall søketreff	2	<i>Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction</i> (Irmak & Fesci, 2008)
Cinahl	"Life Style Changes" AND "Coronary Disease"	374	Tidsperiode: 2008-2018 Språk: engelsk, norsk og svensk.	197	<i>Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: A randomized clinical trial</i> (Saffi, Polanczyk & Rabelo-Silva, 2013)

Cinahl	"Myocardial Infarction" AND "Motivation"	75	Tidsperiode: 2008-2018 Språk: engelsk, norsk og svensk	75	<i>'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention (Dullaghan, Lusk, McGeough, Donnelly, Herity & Fitzsmons, 2013)</i>
Cinahl	"Workload" AND "Communication" AND "Nursing Care"	230	Tidsperiode: 2008-2019 Språk: engelsk, norsk, svensk	175	<i>The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work (Chan, Jones & Wong, 2012)</i>
Cinahl	"Patient Education" AND "Myocardial Infarction" AND "Health Knowledge"	32	Tidsperiode: 2008-2019	14	<i>What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? (Boyde, Grenfell, Bannear, Lollback, Witt, Jigging & Aitken, 2014)</i>

3.3 Kildekritikk

3.3.1 Faglitteratur

Det finnes mye faglitteratur om sykepleierens pedagogiske funksjon med fokus på veiledning og undervisning, jeg har valgt å hovedsakelig forholde meg til Christiansens "Helseveiledning" (2013) da den som beskrevet tidligere i kapittel 2.4. har som fokus på å tilrettelegge for helseveiledning i lys av et sykepleier-pasient-forhold. Denne boken redegjør også for den didaktiske relasjonsmodellen, hvilket jeg både presenterer i teoridelen og anvender i drøftingsdelen.

3.3.2 Forskningslitteratur

I min oppgave har jeg inkludert forskning som både er gjort i Australia (Boyde et al, 2014), Tyrkia (Irmak & Fesci, 2008), Brasil (Saffi et al., 2013) og i Hong Kong (Chan et al., 2012). På bakgrunn av dette kan det reises spørsmål til i hvilken grad studiene er overførbare til det samfunnet vi lever i. Tatt i betraktning at det kan være kulturelle ulikheter knyttet til hva som

anses å være en gunstig livsstil for koronarsyke, kan det potensielt ha en innvirkning på hva slags kosthold som anbefales. Samtidig kan det antas at det vil være en enighet omkring risikofaktorene for de vaskulære prosessene hos en koronarsyk pasient, da høyt kolesterolnivå i blodet og høyt blodtrykk. Derfor kan man også anta at undervisningen og veiledningen tar utgangspunkt i det samme som anbefales i dette samfunnet og i faglitteraturen jeg har anvendt i oppgaven. I tillegg må det tas høyde for at det kan foreligge kulturelle forskjeller knyttet til kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Spesielt gjelder dette for studiene til Irmak & Fesci (2008) og Saffi et al. (2013), da begge fokuserer på sykepleieintervensjoner. Men ettersom begge studiene konkluderer med at sykepleietiltakene var fordelaktige med hensyn til livsstilsendringer, kan man anta at kommunikasjonen var effektiv i disse studiene. Videre vil jeg trekke inn at til tross for at studien til Irmak & Fesci (2008) ble utarbeidet for elleve år siden i år, har jeg valgt å inkludere den i oppgaven. Det er på bakgrunn av at jeg fant den under utarbeidelse av emne 14A i 2018, og da var den fortsatt ti år gammel.

Forfatterne i forskningsartikkelen fra Hong Kong (Chan et al, 2012) henviser ved flere anledninger til europeiske og amerikanske studier i introduksjonen. Det tyder på at bakgrunnen for at det ble forsket på tema, baseres på tidligere funn som kan være mer overførbare i samfunnet vårt. I studien til Chan et al (2012) er riktignok ikke konteksten kardiologisk sengepost, som er min kontekst i oppgaven, men har fokus på sykepleierens syn på omgivelsene i sykehus, uavhengig av hvilken avdeling. Fordi at dette er faktorer som direkte kan påvirke evnen til å gi veiledning og undervisning har jeg inkludert denne artikkelen i min oppgave. Videre er alle forskningsartiklene skrevet på engelsk, og selv om jeg anser mine engelskkunnskaper som gode, må det tas høyde for at det fra min side kan ha oppstått noen misforståelser i tolkningen.

3.4 Etiske vurderinger

Ettersom dette er en litterær oppgave hvor jeg baserer min oppgaves innhold på andres arbeid, er det lovpålagt at jeg tydelig refererer slik at jeg ikke utgir andres kunnskap for å være min egen. Dette inngår også som generelle etiske prinsipper i akademisk skriving. Alle artiklene jeg har inkludert er publisert i tidsskrifter som er fagfellevurdert. Videre vil jeg tilføye at til tross for at jeg i drøftingen deler mine erfaringer fra tidligere praksis på kardiologisk sengepost, overholder jeg taushetsplikten og gir ikke opplysninger som kan avsløre pasientidentitet i skisserte situasjoner eller eksempler.

4 Forskningsfunn

4.1 Tabell 2: Artikkelmatrikse

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Zöhre Irmak, Hatice Fesci (2008)	”Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction”	Applied Nursing Research	Undersøke effekten sykepleietiltak kan ha på livsstilsendringer hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt	Kvantitativ analyse. Et ikke-randomisert kontrollert studie der spørreskjemaer ble brukt til å innhente data om compliance knyttet til livsstilsendringer og medisinadministrasjon over en periode på seks måneder.	Studien konkluderer med at sykepleieintervensjonene virket positivt på livsstilsendringer, men at 14 uker er for kort tid til å evaluere atferdsendringer. Det anbefales å forske videre på aktuelle tema med et studie som strekker seg over en lengere tidsperiode.
2	Marco Aurélio Lumertz Saffi, Carisi Anne Polanczyk og Eneida Rejane Rabelo-Silva (2013)	”Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: A randomized clinical trial”	European Journal of Cardiovascular Nursing	Hensikten med studien var å evaluere effekten systematisk, individuell livsstilsveiledning av sykepleiere kunne ha for reduksjon av tiårig hjertekarriksikofaktorer hos pasienter med koronarsykdom.	Kvantitativ analyse. En randomisert klinisk studie på et sykehus. Det var en intervensjonsgruppe (IG) og en kontrollgruppe (KG) med i studien. IG fikk spesiell oppfølging av sykepleier med hensyn til livsstilsendringer over en periode på et år, mens KG kun fikk standardisert medisinsk rådgivning.	Studien konkluderer med at strukturerte og systematiske sykepleietiltak rettet mot undervisning og veiledning reduserer effektivt hjertekarriksikofaktorer hos pasienter med koronarsykdom.
3	Lisa Dullaghan, Lisa Lusk, Mary McGeough, Patrick Donnelly, Niall Herity og Donna Fitzsimons (2013)	”I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!’ Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention”	European Journal of Cardiovascular Nursing	Undersøke om ulike behandlingsmetoder kunne påvirke sykdomsinnsikten og motivasjonen for atferdsendring hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt (N-STEMI og STEMI)	Kvalitativt studie der metoden var halvstrukturerte intervjuer. Intervjuene ble transkribert på den måten som deltakerne ordla seg på, men kjennetegn som kunne identifisere deltakerne ble tatt vekk.	Studien konkluderer med at ulike behandlingsmetoder hos pasienter med N-STEMI og STEMI påvirker sykdomsinnsikt og dens alvorlighetsgrad, som igjen påvirker motivasjon for endring. På bakgrunn av funnene i studien, avslutter forfatterne studien med å anbefale helsepersonell om å ha forståelse for pasientenes egne oppfatninger av hjerteinfarkt for å kunne individualisere sekundærforebyggen de tilnærminger med

						fokus på atferdsendring.
4	Engle Angela Chan, Aled Jones og Kitty Wong (2012)	”The relationship between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses’ work”	Journal of Advanced Nursing	Undersøke sykepleiernes syn på tid til disposisjon på arbeidsplassen, og hvordan det påvirker pasientkontakten.	Kvalitativ metode. En narrativ studie der hver sykepleier ble intervjuet for å dele sine perspektiver	Studien konkluderer med at det er en sammenheng mellom sykepleierens omgivelser (som tidpress) og mindre pasientkontakt. Det anbefales likevel videre forskning på tema på med en kvantitativ metode for bredde.
5	Mary Boyde, Kylee Grenfell, Sam Bannear, Naomi Lollback, Jane Witt, Leanne Jigging og Leanne Aitken (2014)	”What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction?”	Australian Critical Care	Undersøke pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt sitt kunnskapsnivå, etterlevelse og holdninger knyttet til sykdommen ved og etter utskrivelse på sykehus.	Kvalitativ metode hvor det ble samlet inn data fra spørreskjemaer som pasientene besvarte. Etter ti uker ble pasientene kontaktet over telefon hvor de besvarte de samme spørsmålene.	Noen av pasientene hadde avslutningsvis økt forståelse for egen sykdom, men mange hadde fortsatt ikke gode nok kunnskaper og husket heller ikke om de faktisk hadde fått veiledning og undervisning av sykepleierne under sykehusoppholdet. Studien konkluderer derfor med at pasienttilnærmingen ikke var effektiv med hensyn til pasientopplæring.

5 Drøfting

I dette kapitlet skal jeg drøfte de resultatene jeg har funnet i forskningslitteraturen og underbygge argumenter og synspunkter med valgt teoretisk bakteppe, annen relevant fag- og forskningslitteratur samt juridiske bestemmelser og yrkesetiske retningslinjer. Videre vil jeg trekke inn egne erfaringer for å vise selvstendighet i oppgaven, og til sammen skal dette hjelpe meg til å besvare problemstillingen:

”Hvordan kan sykepleier bidra til livsstilsendring hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt?”

Jeg kommer til å ta utgangspunkt i elementer i den didaktiske relasjonsmodellen i dette kapitlet, men som beskrevet tidligere i oppgaven vil disse elementene i stor grad påvirke og

flyte inn i hverandre, hvilket vil komme frem i drøftingen. Det er mange hensyn sykepleier må ta i møte med pasienter som skal oppnå en livsstilsendring, men de jeg har valgt å konsentrere meg om bygger i hovedsak på det jeg har inkludert i teorien (Christiansen, 2013, Tveiten 2016, Eide & Eide, 2016).

5.1 Pasienters ulike forutsetninger

Christiansen (2013) hevder at det er betydningsfullt at sykepleieren tar hensyn til pasientens individuelle forutsetninger for læring og mestring i en endringsprosess, noe som også understrekes i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5. Fra egne erfaringer vet jeg at pasienter som blir behandlet for hjerteinfarkt på sykehus er forskjellige, og det er derfor ytterst nødvendig at tilnærmingen tilpasses den enkelte. Boyde et al. (2014) finner i sin studie at tross for at 95 % av pasientene hadde fått undervisning og veiledning før utskrivelse av sykehuset, var det kun 56 % som i det hele tatt husket at de hadde snakket med sykepleier. På bakgrunn av at studien hadde ekskludert deltakere med påvist kognitiv svikt, var det andre faktorer som skyldtes at de ikke husket; sykdom og lidelse vil påvirke evnen til læring og mestring (Christiansen, 2013). Som beskrevet tidligere i første avsnitt, kapittel 2.3 kan de følelsesmessige reaksjonene ha stor betydning for hvorvidt pasientene klarer å tilegne seg ny kunnskap eller ikke, noe som også drøftes som årsaker i denne artikkelen. Det beskrives at disse emosjonelle faktorene kombinert med for mye informasjon på kort tid kan gjøre at pasientene ikke får med seg det som var hensikten (Boyde et al., 2014).

I overnevnte artikkel vektlegges det i diskusjonskapittelet samtidig et menneskes evne til å tilegne seg kunnskap når de blir nødt til å håndtere en alvorlig livssituasjon (Knowles, Holton & Swanson, 2011 i Boyde et al., 2014). I lys av oppgaven kan opplevelsen av at livet plutselig blir truet av et hjerteinfarkt, resultere i at pasienten forstår at han må endre på livsstilen (Christiansen, 2013). Med det som utgangspunkt, kan forutsetningene for læring også styrkes. Dog er det ikke gitt at pasienten er mottakelig for informasjon rett etter behandlingen, grunnet de umiddelbare emosjonelle reaksjonene nevnt overfor. Mange av pasientene rapporterte likevel at de hadde endret på livsstilen, selv om de ikke husket undervisningen og veiledningen (Boyde et al., 2014). Kanskje pasientene var bedre rustet til å lære etter at de kom hjem, og da var det viktig å ha med seg informasjonsskrivet fra sykehuset. Dette samsvarer med hva som står beskrevet i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Sjøen & Thoresen (2012) hevder imidlertid at informasjonsskriv kun burde være et

supplement i undervisning og veiledning, da det skal være dialogpreget. Riktignok viser det seg i denne studien at informasjonsskriv og pasientenes oppvekker i møte med alvorlig sykdom var hovedgrunnen til at mange hadde forutsetning for læring og motivasjon til å endre på livsstilen - ikke nødvendigvis samtalen med sykepleier, som for øvrig mange ikke husket at fant sted.

Dullaghan et al. (2014) beskriver i sin forskning at pasientenes egne oppfatninger av hjerteinfarkt og dens alvorlighetsgrad hadde påvirkning på om pasientene var motiverte for livsstilsendring eller ikke. Som beskrevet i kapittel 2.3 tilsier forskning at dette er forhold som også går tilbake i tid (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006). Spesielt var det stor forskjell på pasienter med gjennomgått N-STEMI og de med STEMI. Det viste seg at det var på grunn av ulik behandlingsmetode og hastegrad ved de ulike kategoriene (N-STEMI og STEMI) at pasientene hadde ulike oppfatninger og endringslyst. Pasienter med N-STEMI opplevde ikke sin diagnose som like alvorlig sammenlignet med pasienter med STEMI, og var av den grunn mindre motiverte for livsstilsendring. Ut i fra erfaring vet jeg at det er store forskjeller på pasientenes egne oppfatninger, og det kan påvirkes av hvor omfattende behandlingsprosedyren er. Jeg har snakket med pasienter som opplevde at angiografi, med eller uten percutan coronary intervention (PCI), var en ”rask og enkel” prosedyre. Denne opplevelsen ble nok bare forsterket da de fikk reise hjem kun få timer etter prosedyren. Ut i fra en tankegang om at diagnosen med dens risikofaktorer ikke er så alvorlig, kan det påvirke pasientenes evne til å være mottakelig for undervisning og veiledning. Motivasjonen som en viktig forutsetning (Christiansen, 2013, Eide & Eide, 2016), kan derfor allerede fra start være redusert med denne holdningen.

Til tross for overvekt av middelaldrende menn på den kardiologiske sengeposten jeg hadde praksis ved, var det likevel faktorer som gjorde pasientene unike. Flesteparten av pasientene var av norsk opprinnelse, men det var også pasienter med ulik kulturell og språklig bakgrunn der. Mange pasienter hadde tidligere blitt behandlet for hjerteinfarkt, og samtidig fantes det mange førstegangssyke. På den ene siden kan det være lett for sykepleier å tenke at fordi mange av pasientene har blitt behandlet for hjerteinfarkt før, har de muligens mer kunnskap om sykdom og risikofaktorer på bakgrunn av at de har fått veiledning og undervisning ved tidligere sykehusopphold. På den andre siden kan det tenkes at nettopp *på grunn av* reinnleggelsen mangler disse pasientene denne kunnskapen og forståelsen for hvorfor de ble syke og hva som skal til for å endre på livsstil. Kanskje danner pasientopplevelsene, eller

holdningene, i studien til Dullaghan et al (2014) og Boyde et al (2014) et bilde av at pasienter ikke får hensiktsmessig undervisning og veiledning. På bakgrunn av dette ser man at det er viktig at sykepleieren sørger for å kartlegge hvilke forutsetninger pasienter har og hvilke oppfatninger pasientene sitter med fra før, før det bestemmes hvordan og hva det skal undervises og veiledes i (Tveiten, 2016).

5.2 Rammefaktorer

Å være sykepleier på en sengepost på sykehus byr på utfordringer med hensyn til tid og få liggedøgn (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). I artikkelen ”The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses’ work” (Chan, Jones & Wong, 2012), kommer det frem allerede i tittelen hva den handler om; tid til rådighet vil påvirke evnen til å kommunisere med og yte omsorg til pasientene. Det er både nedfelt i lovverket at pasienter har rett til informasjon og at helsepersonell er pliktige til å gi informasjon (Helsepersonelloven § 10., Pasient – og brukerrettighetsloven § 3-2.) Samtidig er dette forhold som inngår i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleier (NSF, 2016). Men til tross for at dette er bestemmelser som sykepleiere skal forholde seg til, virker det å være krevende å overholde da omgivelser og tid gir begrensninger (Chan et al, 2012).

I studien til Chan et al. (2012) ble sykepleiere i forskjellige sykehusavdelinger intervjuet for å gi et bilde av sykepleiernes oppfatninger om rammefaktorer i ulike kliniske områder. Flere av sykepleierne sa at de kjempet mot klokken for å rekke alt de skulle gjøre, og mente at noen oppgaver måtte prioriteres fremfor andre. Eksempelvis var det en sykepleier fra en avdeling som uttrykte at hun synes det var viktig å snakke med pasientene, men dersom det resulterte i forsinkelse av andre viktige oppgaver, kunne det potensielt øke belastningen på andre sykepleiere, ”og det burde ikke skje” (Chan et al., 2012, s. 2023). Dersom andre sykepleiere måtte gjøre jobben for henne fordi hun brukte tid på å snakke pasientene, ville det føre til misnøye på avdelingen. Hun uttrykte at prioriteringene hennes blir formet etter forventninger om at andre sykepleiere ikke skal bli belastet med ekstra arbeid, og at dette resulterer i at samtale med pasienter blir ansett som uvesentlig sammenlignet med andre sykepleieoppgaver (Chan et al, 2012).

Videre konkretiseres det faktum at kortere liggetid i sykehus påvirket tiden sykepleierne fikk med pasientene (Gugerty et al., 2007 i Chan et al, 2012). Også i det norske helsevesenet vet vi at det er et kjent fenomen at pasientene raskere enn før blir overflyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten eller hjem, etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) Dette vil få innvirkning på tiden sykepleierne har til disposisjon for undervisning og veiledning av pasienter (Frisvoll, 2018, Killie & Debesay, 2016). Likevel var det andre sykepleiere i studien som uttrykte at nettopp fordi det var krevende å finne tid til å snakke med pasientene, strebet de etter å benytte hver enkelt mulighet de hadde til å få det til, fordi de anså det som en viktig oppgave (Chan et al., 2012). Eksempelvis uttrykte sykepleierne at de hadde fokus på å snakke med pasientene samtidig som de utførte prosedyrer eller andre sykepleieoppgaver med pasientene og brukte derfor tiden effektivt for å tilrettelegge for kommunikasjon. Dette bringer meg inn på hvor samtalen finner sted.

Som teoretikerne beskriver, påvirker omgivelser oss. Hvor og når sykepleieren tilrettelegger for at undervisningen og veiledningen skal finne sted, vil være en viktig vurdering (Christiansen, 2013, Tveiten, 2016). Hvorvidt sykepleierne i studien til Chan et al. (2012) underviste og veiledet pasientene samtidig som de utførte prosedyrer, er ukjent, men det er likevel av betydning da sykdom som en følge av usunn livsstil kan for pasientene være skambelagt (Christiansen, 2013). Det vil for eksempel være stor forskjell på å ta samtalen på fellesstuen eller på dobbelt / flermannsrom med flere pasienter til stede, fremfor på et enerom med bare pasienten og sykepleier tilstede. Det kan være utfordrende for pasienten å komme med ytringer og reflektere over viktige temaer når det er andre personer i nærheten. De vil kanskje av den grunn utelate enkelte opplysninger som oppleves som personlig. Dessuten er det ikke i tråd med taushetsplikten sykepleieren har overfor pasienten, å la andre mennesker få innsyn i pasientens personlige opplysninger (Helsepersonelloven § 21, NSF, 2016). På samme måte kan det være u hensiktsmessig å tilrettelegge for undervisning og veiledning umiddelbart etter at pasienten kommer tilbake fra operasjonsstuen. Basert på erfaring er ofte pasientene engstelige, slitne og sannsynligvis også påvirket av sedativer og anestesi på dette tidspunktet.

Etter min tid på kardiologisk sengepost har jeg erfart at pasientene ofte blir sendt hjem samme dag som prosedyren ble utført, og når tiden fra første infarktsymptom til hjemreise er såpass kort, kan det stilles spørsmål til hvorvidt det er hensiktsmessig å tilrettelegge for undervisning

og veiledning i det tidsintervallet. I studien til Irmak & Fesci (2008) ble det tilrettelagt for undervisning og veiledning tre dager etter infarktepisoden. På denne måten hadde pasientene muligens fått tid til å la det hele synke inn og var sannsynligvis mer opplagt for samtalen og mottakelig for informasjon. Også i denne tyrkiske studien adresseres riktignok problemet med kortere liggetid i sykehus, men tatt i betraktning at pasientene fortsatt var på sykehus selv tre dager etter en infarktepisode, ser det ut til at sykepleierne på dette sykehuset hadde bedre tid sammenlignet med andre sykepleiere (Chan et al, 2012, Kleiven, Kyte & Kvigne, 2016). I studien til Saffi et al. (2013) ble det imidlertid ikke tilrettelagt for undervisning og veiledning på sykehuset, men tre måneder etter utskrivelse, noe som også viste seg å være fornuftig. I Boyde et al. (2014) kommer det ikke tydelig frem når det ble lagt opp til undervisning og veiledning, men det som kommer frem er at det kun ble tilrettelagt for det på sykehuset ved utskrivelse. De ble deretter oppringt etter ti uker for en kontroll av hva de hadde lært, men pasientene ble ikke fulgt opp i form av undervisning og veiledning utover dette. I både Irmak & Fesci (2008) og Saffi et al. (2013) ble pasientene fulgt opp jevnlig over flere måneder, både gjennom telefonisk kontakt og hjemmebesøk.

En annen sentral del av rammefaktorene i den didaktiske relasjonsmodell handler om den enkelte sykepleiers faglige og pedagogiske kompetanse. Teoretikerne hevder at når pasienter skal undervises og veiledes i en endringsprosess, er det viktig at sykepleieren innehar faglige, kommunikative og pedagogiske ferdigheter (Christiansen, 2013, Tveiten, 2016, Eide & Eide, 2016). Likevel tilsier nordisk forskning at medisinsk, pedagogisk og kommunikative ferdigheter til helsepersonell i møte med hjertepasienter er middels (Vågan, Eika & Skirbekk, 2018). Her er det viktig å trekke frem at på samme måte som pasientene har individuelle forskjeller, vil også sykepleierne som gir undervisning og veiledning kunne være forskjellige og sitte med ulike ferdigheter. Forskere hevder at gode pedagogiske og kommunikative ferdigheter ofte kommer med erfaring (Svararsdóttir, Sigurdaróttir & Steinsbekk, 2014). Det kan antas at sykepleierne i studien til både Saffi et al. (2013) og i Irmak & Fesci (2008) hadde god faglig og pedagogisk kompetanse da resultatene var gode. Det å ha pedagogisk kompetanse gjør muligens at de prioriterer veiledning og undervisning. Det kan reises spørsmål om hvorvidt dette gjaldt sykepleierne i Boyde et al. (2015), da en stor prosentandel av pasientene ikke husket at de hadde fått undervisning og veiledning, men som beskrevet i kapittelet om forutsetninger, kan det også handle om emosjonelle reaksjoner.

5.3 Motivasjon som forutsetning

I denne oppgaven vil målet til sykepleieren være å formidle kunnskap som kan øke forståelsen for betydningen av kostholdsendring, og målet til pasienten vil ideelt sett være å forandre på kostholdet. Hvilke mål, behov og verdier pasienter har i en endringsprosess kan ses i sammenheng med og være påvirket av pasientenes forutsetninger for læring og mestring (Christiansen, 2013). Manglende kunnskap om hjerteinfarkt som diagnose og risikofaktorer vil kunne ha innvirkning på hvorvidt pasienten er motivert for livsstilsendring eller ikke. Som allerede beskrevet i kapittel 5.1 var mange deltakere med N-STEMI mindre motivert for livsstilsendring sammenlignet med deltakere med STEMI. Det skyldtes opplevelsen av at N-STEMI ikke var like alvorlig da tiden fra første infarktsymptom til behandling var lengere enn hos pasienter med STEMI. Noen av pasientene med N-STEMI stilte spørsmål til hvorfor de i det hele tatt var innlagt. Dette fordi at sykepleieren hadde gitt beskjed om at de hadde gjennomgått et mildt infarkt, at EKG-et så bra ut og at de ikke trengte PCI-behandling. (Dullaghan, et al., 2014).

Til tross for at noen av pasientene med N-STEMI ikke trengte PCI-behandling eller annen vaskulær behandling denne gangen, betyr ikke det at de aldri kommer til å trenge det. Tatt i betraktning at pasienter med N-STEMI har en blodpropp i koronararteriene som delvis tilstopper for arteriell blodstrøm, kan det bare være et spørsmål om tid før de vil gjenoppleve et hjerteinfarkt, men med total tilstopning (STEMI) dersom de ikke endrer på livsstil i form av kostholdsendring, økt fysisk aktivitet og røykeslutt (Ørn & Brunvand, 2016). Som sykepleier er det derfor ytterst nødvendig å øke denne forståelsen hos pasientene slik at de forstår betydningen av infarkt og samtidig betydningen av kostholdsendring, som er denne oppgavens hovedfokus. Dersom sykepleierne i studien til Dullagan et al. (2014) hadde vært mer bevisst sin kommunikasjonen og gitt informasjon som styrket forståelsen, ville det potensielt kunne påvirke pasientenes motivasjon og mål rundt endring.

For noen kan opplevelsen av at livet blir truet av et hjerteinfarkt, uavhengig om det er N-STEMI eller STEMI, som beskrevet i kapittel 2.3, føre til at pasientene umiddelbart innser at det må endre på livsstilen for å unngå at det skjer igjen. Den indre motivasjonen for endring kan være knyttet til noe man må av helsemessige årsaker (Christiansen, 2013, Fållun, Fridlund, Schaufel, Schei & Norekvål, 2015). Men motivasjonen er en pågående prosess som kan forandre seg over tid. Det kan tenkes at til tross for at motivasjonen synes å være sterk på sykehuset rett etter infarktepisoden, kan den forandre seg når pasientene kommer hjem til sine

faste rutiner og innser at det er vanskelig å endre på kostholdet. Risikoen for å gli tilbake i gamle vaner er derfor tilstede. Selv om den ene undervisnings- og veiledningssamtalen er viktig for forståelsen av det hele, er det kanskje ikke nok for å vedlikeholde endringslysten og motivasjonen. Motivasjon er derfor noe sykepleieren i samhandling med pasienten må jobbe med underveis i endringsprosessen (Eide & Eide, 2016).

Eide og Eide (2016) snakker om at pasienten går igjennom ulike faser i en endringsprosess, og det er gjerne knyttet til motivasjonen underveis. Den siste fasen i endringsprosessen kalles for vedlikeholdsfasen, og her er det viktig at sykepleieren har fokus på å styrke pasientens motivasjon. I både Irmak & Fesci (2008) og Saffi et al. (2013) ble pasientene, som nevnt i femte avsnitt i kapittel 5.2, fulgt opp over flere måneder til et år. Resultatene var gode i form av at pasientene hadde innført hensiktsmessige livsstilsendringer, så det kan tyde på at pasientenes motivasjonen ble vedlikeholdt som en følge av jevnlig kontakt med sykepleier (Saffi et al., 2013, Irmak & Fesci, 2008).

En annen viktig faktor er at det som sykepleier kan oppleves som krevende å undervise og veilede en pasient som ikke er motivert for endring. Sykepleieren har på lik linje med pasienten også mål med denne samtalen, men i hvilken grad det er en sammenheng eller motsetning knyttet til målene er av betydning (Christiansen, 2013). På den ene siden kan det å undervise og veilede pasienter som umiddelbart ble motiverte for livsstilsendring etter hjerteinfarkt, virke å være problemfritt da målene til sykepleier og pasient sannsynligvis samsvarer med hverandre. På den andre siden kan det tenkes å være utfordrende å undervise og veilede pasientene med N-STEMI i studien til Dullaghan et al. (2014) da forståelse for diagnose og motivasjonen for endring i utgangspunktet er lav. Atferdsendring er ikke bare utfordrende for pasienter som mottar undervisning og veiledning, men også for helsepersonell som formidler (Rothman, 2000 i Saffi et al., 2013). Likevel er det svært viktig at sykepleieren legger vekk sine personlige meninger, er objektiv og setter pasienten i sentrum (Tveiten, 2016, Christiansen, 2013). For ”pasienten er et subjekt, ikke et objekt for våre gode intensjoner om helsefremming” (Christiansen, 2013, s. 59).

En annen insentiv for objektivitet er å utjevne den grunnleggende asymmetrien i relasjonen mellom sykepleier som profesjonsutøver og pasient som hjelpetrengende (Christiansen, 2013). Da sykepleier besitter viktig faglig og medisinsk kunnskap, gir det en form for makt. I en samtale hvor sender sitter med mer kunnskap om et emne sammenlignet med mottaker,

kan følgelig gi mottakeren en følelse av avmakt (Ingstad, 2013). Som beskrevet i kapittel 2.3 er det viktig at sykepleieren anerkjenner pasienten som ekspert på egen kropp og lar han sette ord på tanker, følelser og mål selv, og på denne måten kan sykepleier fremme pasientmedvirkning samtidig som hun jobber med å utjevne forskjellen i relasjonen.

Pasientenes mål kan forandre seg over tid, og av den grunn er det viktig at sykepleieren er åpen for at mål kan være fleksible og justeres etter hvert som endringsprosessen er i gang (Christiansen, 2013). I Saffi et al. (2013) blir det presisert at pasientens mål tilknyttet livsstilsendring ble formulert ut fra den enkeltes individuelle behov, og at målene ble mellom sykepleier og pasient diskutert og vurdert på nytt ved hver telefonsamtale og oppfølgingstime. På denne måten ble målene brukt aktivt og dynamisk, som teoretikerne hevder kan virke motiverende for pasientene (Tveiten, 2016, Christiansen, 2013). Til forskjell fra studien til Saffi et al (2013), kommer det ikke tydelig frem i beskrivelsen i Irmak og Fesci (2008) at sykepleierne hadde fokus på brukermedvirkning når det kom til formulering av mål. Dessuten ble det heller ikke konkretisert hvorvidt det var snakk om pasientenes mål eller sykepleierens mål og om de var samstemte, noe som beskrevet tidligere at er av betydning, ifølge Christiansen (2013).

5.4 Innhold og metodikk

En viktig del av forebyggingen av et nytt hjerteinfarkt er å ha fokus på å redusere risikofaktorer, som i min oppgave hovedsakelig dreier seg om aterosklerose med LDL-nivå i blodet og hypertensjon. For å redusere disse risikofaktorene er teoretikerne enige om at en blant annet må spise sunnere, bli mer fysisk aktiv og slutte å røyke (Ørn & Brunvand, 2016, Sjøen & Thoresen, 2012, Sortland, 2015). For at pasientene skal forstå betydningen av å redusere risikofaktorer, trenger de kunnskap om hjerteinfarkt som diagnose og kostholdets betydning. I følge Brataas (2011) skal sykepleieren i pedagogisk praksis ha kunnskap om anatomi og fysiologi, sykdomstilstander og behandlingsformer, som i lys av denne oppgaven innebærer hjerteinfarkt som diagnose og dens forebyggende behandling av nytt infarkt. Som profesjonsutøver har sykepleieren faglig og medisinsk kunnskap som potensielt vil kunne komme pasienten til gode i en endringsprosess. Ved å dele denne kunnskapen gjennom undervisning og veiledning, vil det kunne øke pasientens forståelse for diagnose og betydningen av kostholdsendringer.

I studien til Irmak & Fesci (2008) bestod undervisningen og veiledningen blant annet av temaer som hjerteinfarkt og risikofaktorer, hypertensjon, endring av matvaner, og tiden som ble satt av var alt fra 20-40 minutter per tema. Metoden som ble benyttet for undervisning av hjerteinfarkt og risikofaktorer blir ikke oppgitt, hvilket gjør det mulig å anta at det var tradisjonell undervisning. Pasientene hadde en kostsamtale med sykepleieren, hvor de fikk rådgivning og opplæring tilknyttet kostholdsendringer. Dette samsvarer med Christiansens (2013) anbefalinger om rådgivning som virksom metode i møte med pasienter med livsstilsproblematikk. Hva rådgivningen og opplæringen bestod av kommer dessverre ikke tydelig nok frem i studien. På bakgrunn av Helsedirektoratets (2015) anbefalinger om å blant annet redusere mengden salt og sukker og øke mengden fisk, frukt og bær er det riktignok sannsynlig at det innebar lignende informasjon, samt hvordan det kan ha en positiv innvirkning på risikofaktorene, noe Sjøen & Thoresen (2012) beskriver som formålet i slik undervisning. Fra en ernæringsfysiolog fikk pasientene en diett de skulle følge, bestående av matvarer med lavt kolesterolinnhold og saturert fett, hvilket også teoretikerne hevder kan være et nyttig supplement i undervisningen (Sjøen & Thoresen, 2012). Til tross for at det kan være et nyttig supplement, kan det muligens også oppleves som ekskluderende og vanskelig for pasienten å få tildelt en liste med mat de kan spise. Her ser man igjen viktigheten av at sykepleieren bidrar til pasientmedvirkning (Sjøen & Thoresen, 2012). Pasientene i Irmak & Fesci (2008) fikk samtidig undervisning og veiledning i hvordan de skulle skrive en ernæringsdagbok for å loggføre matinntaket. Med dette tiltaket bidro sykepleieren samtidig til bevisstgjøring rundt kostholdet og styrket pasientens mulighet til medvirkning og medbestemmelse, som er i tråd med lovverket og hva teoretikerne hevder (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1, Sjøen & Thoresen, 2012).

Sammenlignet med deltakerne i Irmak & Fesci (2008) fikk intervensjonsgruppen i Saffi et al. (2013) også informasjon om hjerteinfarkt og risikofaktorer, hypertensjon og kosthold, i tillegg til tildelt liste over risikofaktorer tilknyttet hjerteinfarkt. Til forskjell var det inkludert audiovisuell materiell i undervisning for å ytterligere kontekstualisere koronarsykdom. Som vi vet kan de vaskulære prosessene i årene være krevende kunnskapsstoff for pasientene, og da denne informasjon skal tilegnes på kort tid kombinert med at pasientene kanskje heller ikke er helt mentalt tilstede, kan utbyttet bli redusert. Igjen viser dette betydningen av å innhente informasjon om pasientenes læreforutsetninger før innhold og metode bestemmes. Å tilrettelegge for variasjon i undervisningen, som DVD og annet visualiserende materiell kan derfor være en fordel og et godt hjelpemiddel som kan øke oppmerksomheten og bidra til å

gjøre innholdet mer konkret og forståelig (Christiansen, 2013). Kanskje hadde deltakere i studien til Boyde et al. (2014) husket undervisningen og veiledningen dersom det hadde blitt tilrettelagt for samme.

Som beskrevet under kapittel 5.1 om pasienters forutsetninger, trekker jeg frem at mange deltakere i Boyde et al. (2014) ikke husket at de hadde mottatt undervisning og veiledning av sykepleier. Likevel var det mange som på tross av dette forandret på livsstilen, og som nevnt drøftes årsaker som at pasientene muligens hadde benyttet seg av informasjonsskriv de hadde blitt tildelt på sykehuset eller anvendt andre kilder som for eksempel internett. Videre adresseres det faktum at voksne mennesker vanligvis vil tilegne seg kunnskap når de befinner seg i et veiskille og må håndtere en livssituasjon (Boyde et al, 2014). Christiansen (2013) beskriver at selv om informasjonen på internett i noen tilfeller kan være nyttig og hensiktsmessig for pasientene, vil det også potensielt kunne være ødeleggende da det ikke er noen garanti for at det som publiseres er vitenskapsbasert kunnskap. For å beskytte pasientene fra feilinformasjon vil det være viktig at sykepleieren opplyser pasientene om at informasjon på internett kan være feilaktig. Dette er i tråd med faglig forsvarlighet og med pasienters rett på riktig informasjon om egen sykdom (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2). Samtidig er den økte bruken av internett en insentiv for å gi god nok individuell undervisning og veiledning i det pasienten trenger der og da, være aktiv lyttende og åpen for spørsmål, slik at pasientene ikke har behov for å søke seg frem til annen, potensiell uriktig informasjon.

Pasientene i Irmak & Fesci (2008) ble fulgt opp med hjemmebesøk på 30-40 minutter fire ganger i løpet av 14 uker etter utskrivelse, og da ble det tilrettelagt for ytterligere undervisning og veiledning dersom nødvendig (Irmak & Fesci, 2008). Ut i fra erfaring vet jeg at hjemmebesøk ikke nødvendigvis samsvarer med praksisen på norske sykehus, det kan derfor stilles spørsmål til hvorvidt resultatene ville vært like gode dersom de ikke hadde fått hjemmebesøk. I studien til Saffi et al (2013) ble det nemlig ikke foretatt hjemmebesøk, pasientene kom tilbake til sykehuset for oppfølgingstidene sine, men deltakerne fikk oppfølging via telefon med sykepleierne mellom besøkene. Likevel var resultatene tilknyttet kostholdsendringer også gode i denne studien. Selv om det ikke fortas hjemmebesøk etter utskrivelse i norske sykehus, hadde det muligens, på bakgrunn av funnene i sistnevnte studie, vært fordelaktig å implementere telefonisk kontakt som en del av oppfølgingen og den forebyggende behandlingen av hjerteinfarkt. Tidligere forskning tilsier nemlig at oppfølging over telefon er gunstig for pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt (Furuya, Mata, Veras,

Appolini, Dantes, Silveira & Rossi, 2013), og ettersom en telefonsamtale krever mindre tilrettelegging og planlegging enn flere oppfølgingstimer på sykehuset, vil det av den grunn også kunne være tidsbesparende for sykepleieren. Samtidig vil oppfølging av pasientene potensielt kunne redusere sjansen for reinnleggelse, som igjen vil kunne være spare samfunnet for unødige kostnader.

En annen måte sykepleieren i norske sykehus kan bidra i vedlikeholdsfasen, er å tilrettelegge for at pasienten blir fulgt opp i ettertid, hvilket også er nedfelt i Helsepersonelloven § 4. om forsvarlighet. Selv om sykepleieren kanskje ikke vil ha mulighet til å følge opp utover telefonsamtaler, muliggjør samhandlingsreformen (St. Meld. 47, 2008-2009) at hun kan benytte seg av sin koordinerende rolle overfor pasienten før utskrivelse. Det er viktig å planlegge utskrivelsen og sørge for at pasienten kan komme i kontakt med andre instanser, eksempelvis oppfølging av fastlegen, på poliklinikk, frisklivssentral eller hjerterehabiliteringsprogrammer. I lys av oppgavens hovedfokus, som er kostholdsendringer, kan sykepleieren eksempelvis også koordinere for oppfølging av en klinisk ernæringsfysiolog. På denne måten delegerer sykepleieren ansvaret til andre instanser og sikrer at pasienten blir tatt hånd om også etter utskrivelse, hvilket er en del av pasienters rettigheter (Helsepersonelloven § 4. om forsvarlighet). Dette krever samtidig at pasienten er motivert til å ta ansvar selv. I Boyde et al (2014) hadde kun 30 % av deltakerne deltatt på hjerterehabiliteringsprogrammet de ble tilbudt. Man ser igjen her betydningen av at sykepleieren styrker motivasjonen for å sørge for vedlikehold.

5.5 Prosessvurdering

I den didaktiske relasjonsmodellen heter det siste elementet ”vurdering”, men på tross av at dette er det siste elementet, beskriver Christiansen (2013) at det ikke kun skal foretas mot slutten – det skal være en kontinuerlig prosess i endringsarbeidet, og kan derfor kalles for prosessvurdering. Det er nødvendig at sykepleieren hele veien under endringsprosessen vurderer forhold som kan ha innvirkning på endringsarbeidet, og samtidig vurderer hvor pasienten befinner seg i forståelsen. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere punkt 2.4 fremgår også det at sykepleieren skal gi tilpasset informasjon til pasienten, og samtidig forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2016), noe som også er nedfelt i loven (Helsepersonelloven, § 10.)

Prosessvurdering kan blant annet gjøres ved at sykepleieren stiller pasienten spørsmål mens hun har en dialog med pasienten (Christiansen, 2013). Når det er sagt er det viktig å ta med i vurderingen denne grunnleggende asymmetrien som finnes mellom sykepleier og pasient. Pasienten kan som nevnt i kapittel 5.3 føle seg underlegen overfor sykepleieren, samtidig med en skamfølelse over at en usunn livsstil kan ha forårsaket hjerteinfarkt. På bakgrunn av dette kan det tenkes at sykepleieren oftere får et ja fremfor et nei ved spørsmål om pasienten har forstått. Der det kan være mistanke om gjeldende, kan sykepleieren også observere pasienten underveis og vurdere pasientens forståelse indirekte ved å fange opp naturlige tegn hos pasienten (Christiansen, 2013), eller ved ta målinger av verdier assosiert med livsstil, slik inkludert forskning viser til (Irmak & Fesci, 2008, Saffi et al, 2013).

Både i studien til Irmak & Fesci (2008) og Saffi et al (2013) ble pasientene vurdert før, undervis og etter studien i form av diverse målinger, slik som blodtrykk, kolesterolverdier, triglyseridverdier, BMI (body mass index) med mer. Dette ble gjort for å se om det fantes noen endringer i disse verdiene etter at pasientene ble undervist og veiledet til livsstilsendringer. I tillegg til dette ble pasientenes forståelse vurdert gjennom dialog under oppfølgingstimene, både på sykehuset (Saffi et al, 2013) og under hjemmebesøkene (Irmak & Fesci, 2008), hvilket samsvarer med det Christiansen (2013) beskriver. Dessuten fremgår det i begge studiene at dersom pasientene opplevde barrierer knyttet til kostholdsendringer fikk de ytterligere veiledning og undervisning på bakgrunn av dette. I studien til Irmak & Fesci (2008) ble pasientene også vurdert i etterlevelse av kostholdsendringer ved at de loggførte matinntaket sitt. Som beskrevet under kapittel 5.4, styrket dette pasientens mulighet til medvirkning, men i hvilken grad det er en god vurderingsform kan diskuteres. Gitt at pasientene loggfører nøyaktig hva de spiser, kan dette være en hensiktsmessig måte å vurdere på. Men det må samtidig tas høyde for at noen pasienter muligens loggfører det som forventes at de skal spise fremfor det de egentlig har spist. Av den grunn kan det tenkes at loggføringen kan være et supplement, men ikke gunstig som eneste vurderingsform da man som sykepleier ikke har noen garanti for om pasientene opprettholder motivasjonen og etterlever målsetningene.

Sykepleiere har som ansvar i å gi pasienten tilpasset undervisning og veiledning som skal bidra til læring og mestring (Christiansen, 2013, Tveiten, 2016). Slik det fremgår i de yrkesetiske retningslinjene fremmer sykepleieren pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi denne informasjonen (NSF, 2016). Tveiten (2016) vektlegger imidlertid

at det er viktig å ta med i vurderingen at det finnes pasienter som på tross av ny tilegnet kunnskap og innsikt i egen sykdomstilstand, tar et valg om å fortsette å leve som før. Det kan være på bakgrunn av pasientens egne verdier og ønsker at de ikke etterlever målene som var blitt formulert på et tidligere stadium, og ikke nødvendigvis på grunn av svakheter i sykepleierens veiledning. Men i situasjoner hvor hensikten med veiledningen ikke ble oppnådd, er det likevel hensiktsmessig å vurdere hva som ikke var bra, og gjøre endringer på bakgrunn av det (Tveiten, 2016).

6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg studert hvordan sykepleier kan bidra til livsstilsendring hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt.

Ved bruk av sin undervisende og veiledende funksjon, kan sykepleieren benytte den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy for å bidra til livsstilsendring i form av kostholdsendring hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. Ut i fra teori og forskning ser vi at det vil være mange hensyn sykepleier må ta i møte med pasienter i en endringsprosess. Momentene i den didaktiske relasjonsmodellen henger sammen og i stor grad vil de kunne påvirke hverandre, noe som igjen viser betydningen av sykepleieren har et helhetsperspektiv i møte med pasienter. Dersom sykepleieren er bevisst modellens ulike elementer, kan hun sørge for at undervisningen og veiledningen tar utgangspunkt i pasientens individualitet i en endringsprosess.

Målet med undervisningen og veiledningen er at pasienten skal sitte igjen med økt kunnskap og forståelse for å ivareta sin egen helse. For at pasientene skal få et godt utbytte, er det av betydning at sykepleiere besitter gode pedagogiske, kommunikative og faglige kunnskaper og samtidig prioriterer og setter av tid til samtale med pasienten. Som forskning viser kan samtalen med pasientene bli nedprioritert som en følge av forventninger fra omgivelsene. Dersom sykepleiere begynner å anse undervisning og veiledning som en av de viktigste sykepleieoppgavene, kan det samtidig beskytte pasientene mot reinnleggelse og spare samfunnet fra unødige kostnader. Undervisning og veiledning vil derfor både på individnivå fremme pasientenes forutsetninger for å opprettholde god helse, og fra et samfunnsøkonomisk perspektiv være gunstig med tanke på bruken av ressurser. Rammefaktorene på norske

sykehus er en medvirkning til at samtalen med pasienten kanskje bare foretas én gang. I tillegg til fokus på god undervisning og veiledning, gir dette sykepleierne en insentiv til å benytte seg av muligheten til å sørge for at pasienten kommer i kontakt med andre tjenesteytere etter utskrivelse.

7 Referanser

- Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Bannear, S., Lollback, N., Witt, J., Jiggins, L. & Aitkin, L. (2014). What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? *Australian Critical Care*. 28(2015), 134-139. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2014.05.003>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*. 60(6), 631-637. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Brataas, H. (2011). Sykepleiepedagogisk praksis – Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brataas, H. V., Hellesø, N. S. (2011). Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena. I H. V., Brataas (Red.) *Sykepleiepedagogisk praksis – Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. (s. 101-121). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Chan, E., A., Jones, A. & Wong, K. (2012). The relationship between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. *Journal of Advanced Nursing*. 69(9), 2020-2029. Doi: 10.1111/jan.12064
- Christiansen, B. (2013). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B., Christiansen (Red.) *Helseveiledning*. (s. 42-63). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christiansen, B. (2013). *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christiansen, B. (2013). Helseveiledning – hva menes?. I B., Christiansen (Red.) *Helseveiledning*. (s. 13-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christiansen, B. (2013). Levevaner og endringsprosesser – konsekvenser for

- helseveiledning. I B., Christiansen (Red.) *Helseveiledning* (s. 167-187). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christiansen, B. (2013). Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid. I B., Christiansen (Red.). *Helseveiledning*. (s. 67-76). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dullaghan, L., Lusk, L., McGeough M., Donnelly, P., Herity, N. & Fitzsimons, D. (2013) 'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(3) 270-276. Doi: 10.1177/1474515113491649
- Eide & Eide (2016). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Folkehelseinstituttet (2018). Folkehelse rapporten: *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Hentet 22.03.19 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/#dagens-situasjon-og-utvikling-over-tid>
- Folkehelseinstituttet. (2018). ICD10 – 120-129: *Iskemisk hjertesykdom*. Hentet 02.12.18 fra <http://statistikk.fhi.no/hkr/>
- Furuya, R.K., Mata, L. R., Veras, V.S., Appoloni, A. H., Dantes, R. A. S., Silveira, R. C. C. P., Rossi, L. A. (2013). Original research: Telephone follow-up for patients after myocardial revascularization: A systematic review. *American Journal of Nursing*; 113: 28-31.
- Fålun, N., Instenes, I., & Norekvål, T. M. (2013). Hjertesvikt krever spesialkompetanse. *Sykepleien* 13, 68-70. Doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0127
- Fålun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E. & Norekvål, T. M. (2015). Patients' goals,

resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 15(7), 495-503. Doi: 10.1177/1474515115614712

Helsedirektoratet (2015). *Helsedirektoratets kostråd*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1014/Helsedirektoratets%20kostr%C3%A5d%20IS-2377.pdf>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Irmak, Z., Fesci, H. (2008). Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. *Applied Nursing Research*, 23 (2010) 147-152. Doi: 10.1016/j.apnr.2008.07.004

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Killie, P. A., & Debesay, J. (2016). Sykepleierens erfaringer med samhandlingsreformen på korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk tidsskrift på Helseforsikring*, 12(2), 1-19. Doi: 10.7557/14.4052

Kleiven, O. T., Kyte, L. & Kvigne, K. (2016). Sykepleierverdier under press? *Nordisk sykeplejeforskning*, 6(4), 311-326. Doi: 10.18261/ISSN.1892-2686-2016-04-03

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. Skaug E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016) Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3. Pasientfenomener, samfunn og mestrings*. (3. utg., s. 296-354). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. Skaug E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 04.12.18 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Saffi, M. A. L., Polanczyk, C. A. & Rabelo-Silva, E. R. (2013). Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: A randomized clinical trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(5) 436-443. Doi: 10.1177/1474515113505396
- Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*. (4. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sortland, K. (2015). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. (5 utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Svararsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, Á. K. & Steinsbekk, A. (2014). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 55-63. Doi: 10.1177/1474515114551123
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk – pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Vågan, A, Eika, K. & Skirbekk, H. (2018). Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring. *Sykepleien Forskning 2016*, 11(59702). Doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.59702

Ørn, S. & Brunvand, L. (2016). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo.
(Red.), *Sykdom og behandling*. (2. utg., s.164-199). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.