



Veiledning til pasienter med epilepsi for å fremme mestring

Kandidatnummer: 136
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8972
Dato: 14.04.2020

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04.2020
Tittel: Veiledning til pasienter med epilepsi for å fremme mestring	
<p><u>Problemstilling</u> «Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning basert på den didaktiske relasjonsmodellen fremme mestring av anfallssituasjonen hos pasienter med epilepsi?»»</p> <p><u>Teoretisk kunnskapsgrunnlag</u> Kapittelet tar først for seg epilepsi og relevante aspekter knyttet til sykdommen. Videre beskrives sykepleierens veiledende rolle, samt juridiske og etiske føringer for sykepleieutøvelsen. Avslutningsvis presenteres den didaktiske relasjonsmodellen som rammeverk for veiledningen, og mestring i lys av Benner og Wrubels beskrivelse.</p> <p><u>Metode</u> Kapittelet beskriver den litterære oppgavens metode, som bygger på allerede eksisterende kunnskap for å belyse problemstillingen. Deretter beskrives valg av faglitteratur og fremgangsmåten for litteratursøket. De fem aktuelle forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven er innhentet gjennom litteratursøk i databasene Cinahl og PubMed, og så med sine funn presentert i en artikkelmatrise. Kapittelet avsluttes med at oppgavens anvendte fag- og forskningslitteratur kritisk vurderes, samt oppgavens etiske overveielser presiseres.</p> <p><u>Diskusjon</u> I diskusjonskapittelet blir problemstillingen belyst med presentert teori og forskningsfunn. Diskusjonen systematiseres med utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellens seks ulike elementer. Det diskuteres hvordan sykepleier gjennom veiledning om anfallsfremkallende faktorer, basert på den didaktiske relasjonsmodellen, kan fremme mestring av anfallssituasjonen hos unge voksne pasienter med epilepsi.</p> <p><u>Avslutning</u> Avslutningen løfter frem de viktigste momentene fra diskusjonskapittelet. Funnene fremhever sykepleiers viktige veiledende funksjon for å fremme mestring hos pasienter med epilepsi. Ved at sykepleier planlegger, gjennomfører og vurderer veiledningens mål, innhold og arbeidsmetode basert på pasientens forutsetninger for læring og mestring, situasjonens rammefaktorer, samt veiledningens evaluering, kan pasientens læring fremmes og kunnskap økes. Gjennom økt kunnskap om anfallsfremkallende faktorer kan den unge voksne oppleve at anfallssituasjonen blir til noe håndterlig og tolkbar. Slik kan den individuelle pasienten, på ulike måter, mestre egen anfallssituasjon.</p>	

(Totalt antall ord: 280)

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning	1
1.1	Innledning og begrunnelse for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning av oppgaven	2
1.4	Begrepsavklaring	3
2.	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Hva er epilepsi?	4
2.1.1	Anfallsfremkallende faktorer.....	5
2.1.2	Ung voksen med epilepsi.....	5
2.2	Sykepleiefaglig rammeverk	7
2.2.1	Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder.....	7
2.2.2	Juridisk rammeverk	7
2.2.3	Etisk rammeverk.....	8
2.3	Den didaktiske relasjonsmodellen	8
2.4	Benner og Wrubels beskrivelse av mestring	9
3.	Metode	10
3.1	Valg av metode	10
3.2	Valg av teori, faglitteratur og brukerkunnskap	10
3.3	Litteratursøk	11
3.4	Kildekritikk	12
3.5	Vurdering av eget søk	14
3.6	Etiske overveielser	15
4.	Presentasjon av forskningsresultater	16
5.	Diskusjon	19
5.1	Pasientens forutsetninger for læring og mestring	19
5.1.1	Individuelt tilpasset veiledning	19
5.1.2	Kartlegging	19
5.1.3	Tretthet og kognitive utfordringer	20
5.1.4	Psykiske tilleggsutfordringer	20
5.2	Rammefaktorer	21
5.2.1	Spesialavdelinger og rehabiliteringsinstitusjoner for epilepsi.....	21
5.2.2	Tidspunktet	21
5.2.3	Lengden	22
5.2.4	Antall intervensjoner.....	22
5.3	Mål	23
5.3.1	Medvirkning	23
5.3.2	Langsiktige og kortsiktige mål	23
5.4	Innhold	24
5.4.1	Livsstilsrestriksjoner.....	24
5.4.2	Utarbeidelse av innhold	24
5.4.3	Retten til informasjon – etisk dilemma.....	25
5.5	Arbeidsmetoder	26
5.5.1	Kombinasjon av ulike arbeidsmetoder	26
5.5.2	Skriftlig materiale og repetisjon	26
5.5.3	Veiledningstyper.....	27
5.5.4	Kombinasjon av individuell veiledning og gruppeveiledning.....	28
5.6	Evaluering	28
5.6.1	Vurdering av veiledningen.....	28
5.6.2	Oppfølging	29
6.	Avslutning	30
	Referanseliste	32
	Vedlegg 1	39

Og noen ganger

Må man lære

Å leve

På nytt

På en annen måte

Være menneske

Være til

På en måte

På en annen måte

På en bedre måte

1. Innledning

1.1 Innledning og begrunnelse for valg av tema

Epilepsi er en av de vanligste nevrologiske sykdommene (Nakken, 2019). Det lever i dag rundt 40 000 mennesker med aktiv epilepsi i Norge, og hvert år forekommer det rundt 2500 nye tilfeller av sykdommen. For mange blir epilepsi erfart som mer enn bare anfall (Nakken & Tuft, 2019). Sykdommen kan oppleves som en betydelig og sammensatt byrde, bestående av biologiske og psykososiale utfordringer (Bennett, Bergin & Wells, 2016). For unge voksne kan en anfallslidelse som epilepsi gjøre inngangen til voksenlivet enda vanskeligere (Nakken, 2019). Dette stiller særlige krav til den unge voksnes mestringsevne (Espeset et al., 2016).

Optimal anfallskontroll er sentralt for å mestre epilepsi (Schachter, 2019). Nakken, Refsland, Lillestølen og Solaas (2005a) hevder at bevisstgjøring om anfallsfremkallende faktorer hos pasienten er et delvis negligjert og undervurdert supplement til den mer tradisjonelle epilepsibehandlingen for å fremme anfallskontroll. Studien til Henning, Alfstad, Nakken og Lossius (2019a) avdekker også at norske pasienter med epilepsi rapporterer om et stort informasjonsbehov vedrørende anfallsfremkallende faktorer og livsstilstiltak, som bare delvis blir møtt i helsetjenesten. Mangel på informasjon kan på den ene siden føre til at den unge voksne opplever økt frykt for anfall og iverksetter uhensiktsmessige livsstilsrestriksjoner, eller på den andre siden utsetter seg for anfallsfremkallende faktorer med økt fare for anfall og skader (Oslo universitetssykehus [OUS], 2018).

Kunnskap er nøkkelen til mestring (Nakken, Brodtkorb & Koht, 2007; Schachter, 2019). Gjennom informasjon, undervisning og veiledning kan sykepleier øke pasientens kunnskapsnivå, med et mål om å fremme pasientens opplevelse av mestring over egen anfallssituasjon (OUS, 2018). Slik mestring kan innebære at pasienten tilpasser seg positivt til sykdommen, tar informerte valg, har redusert frykt for anfall, redusert anfallsfremkallende atferd, forbedret etterlevelse av medisinsk behandling og unngår uhensiktsmessige livsstilsrestriksjoner (Agarwal, Patel, Set, Zidan & Sivaswamy, 2014). Ifølge oversiktsartikkelen utarbeidet av Cochrane Library er undervisende og veiledende intervensjoner med hensikt å fremme mestring hos pasienter med epilepsi, særlig fordelaktige for pasientens utfall (Bradley, Lindsay & Fleeman, 2016). Av den grunn vil det i denne

oppgaven diskuteres hvordan sykepleier gjennom veiledning om anfallsfremkallende faktorer, basert på den didaktiske relasjonsmodellen, kan fremme mestring av anfallssituasjonen hos unge voksne pasienter med epilepsi.

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning basert på den didaktiske relasjonsmodellen fremme mestring av anfallssituasjonen hos pasienter med epilepsi?»

1.3 Avgrensning av oppgaven

Pasienter med kroniske lidelser som epilepsi vil stille krav til sammensatte kunnskaper og veiledning (Christiansen, 2020a). Veiledning av pasienter kan defineres som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten 2006, referert i Tveiten, 2016, s. 89). En slik definisjon tillater at andre pedagogiske metoder som informasjon, undervisning, støtte og rådgivning inngår i veiledningsprosessen (Tveiten, 2016). Ifølge Christiansen (2020a) er det sentralt at sykepleier har et helhetsperspektiv på veiledningen når intensjonen er å fremme læring og mestring hos pasienten. Elementer som inngår i et slikt helhetsperspektiv synliggjøres via den didaktiske relasjonsmodellen presentert i Christiansen (2020a, s. 49), som av den grunn vil danne utgangspunktet for veiledningen i oppgaven. På bakgrunn av oppgavens omfang, vil veiledningen avgrenses til å ta for seg hvordan økt kunnskap om anfallsfremkallende faktorer kan fremme mestring av anfallssituasjonen hos pasienter med epilepsi.

Oppgaven avgrenses til å omhandle unge voksne fra 18-25 år. Avgrensningen foretas på bakgrunn av egen klinisk erfaring og arbeid med gjeldende pasientgruppe som tilsier at unge voksne med epilepsi møter på en rekke tilleggsutfordringer, som stiller særegne krav til deres læring og mestring.

Veiledningen som diskuteres i oppgaven vil ha relevans for alle sykepleiere som arbeider med gjeldende pasientgruppe. Grunnet kort liggetid på ordinære sykehusavdelinger, kan tidspress i noen tilfeller utfordre veiledningens gjennomførbarhet. Konteksten avgrenses derfor til spesialavdelinger og rehabiliteringsinstitusjoner for epilepsi, hvor gjennomsnittlig liggetid er

betydelig lenger enn på ordinære sykehusavdelinger (Nakken et al., 2007). Årsrapporten for spesialsykehuset for epilepsi fra 2013 viser at gjennomsnittlig liggetid på seksjon for voksne var omtrent 10 dager, og at rehabilitering ble tilbudt fra 1-12 uker (Forskningsregisteret, u.å). I slike kontekster møter sykepleier pasienter med epilepsi ved blant annet diagnostidspunktet, ved manglene anfallskontroll og ved akutte forverringer (Nakken et al., 2007). Veiledning om anfallsfremkallende faktorer vil være essensielt ved alle møtene (Henning et al., 2019a).

Diagnostikken av epilepsi forutsetter en beskrivelse av anfallstypen, en klassifisering av epilepsitypen og eventuelt epilepsisyndromet, samtidig som etiologien og eventuell komorbiditet skal beskrives. De ulike epilepsiformene har betydning for valg av behandling og veiledningens innhold. Likevel har alle de ulike formene til felles at de epileptiske anfallene er uforutsigbare og kan komme når og hvor som helst, at de påvirkes av anfallsfremkallende faktorer og at optimal anfallskontroll er essensielt for mestring (Nakken, 2019). På bakgrunn av dette, i kombinasjon med at det finnes lite forskning på veiledning som fremmer mestring knyttet til spesifikke epilepsiformer, vil ikke oppgaven avgrenses til å omhandle en spesifikk epilepsiform.

1.4 Begrepsavklaring

Mestring ved kronisk sykdom defineres på en rekke ulike måter, og handler ifølge Benner og Wrubel om hvordan pasienten møter belastende livssituasjoner. Jeg har valgt å belyse mestring i lys av Benner og Wrubel sin beskrivelse, som knytter mestring opp mot pasientens opplevelse av mening og emosjonell, kognitiv og fysisk kontroll over eget liv (Benner & Wrubel, 1989).

«**Epilepsy self-management**» er et engelsk begrep som benyttes om prosessen mot å mestre anfall og sykdommens påvirkning på hverdagen (Epilepsy Foundation, 2014). I denne oppgaven benytter jeg det norske begrepet «mestring» om samme fenomen, da det er dette som brukes i norsk litteratur.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet beskrives epilepsi, sykdommens kliniske manifestasjoner, behandling, anfallsfremkallende faktorer, samt sykdommens fysiologiske og psykososiale innvirkninger på den unge voksne pasienten. Videre presenteres sykepleierens veiledende funksjon, juridiske og etiske føringer for sykepleieutøvelsen, den didaktiske relasjonsmodellen og til slutt mestring i lys av Benner og Wrubels beskrivelse.

2.1 Hva er epilepsi?

Den kroniske sykdommen epilepsi er en samlebetegnelse på en rekke tilstander med forskjellige årsaker, ulike ytringsformer og prognoser, hvor fellesnevneren er gjentatte epileptiske anfall. Anfallene er et uttrykk for forbigående episodiske funksjonsforstyrrelser i hjernen (Espeset et al., 2016; Nakken, 2019), hvor det er synkronisert, men ukontrollert nevronaktivitet i hjernebarken (Bertelsen, 2016). For å få stilt diagnosen epilepsi, kreves det at pasienten har hatt minst ett epileptisk anfall kombinert med en vedvarende funksjonsforandring i hjernen som øker sannsynligheten for nye anfall (Nakken & Brodtkorb, 2015).

Epileptiske anfall ytrer seg svært ulikt. Anfallets kliniske manifestasjon er avhengig av hvilket område av hjernebarken den unormale nevronaktiviteten starter i, hvordan den spres derfra og hvor stor del av hjernen som er påvirket av den epileptiske aktiviteten (Bertelsen, 2016; Espeset et al., 2016). Epileptiske anfall kan vise seg som forstyrrelser av motoriske funksjoner som rykninger i ekstremiteter eller ansiktet, eller som forstyrrelser av sensoriske funksjoner som syn, lukt, hørsel eller svimmelhet. Anfallene kan også vise seg som forstyrrelser av autonome funksjoner i form av hjertebank, uspesifikk magefølelse eller urinavgang, eller påvirke hjernefunksjoner som bevissthet, følelsesmessig tilstand, persepsjon eller oppmerksomhet (Espeset et al., 2016).

Ved epilepsi finnes det flere behandlingsmuligheter som epilepsikirurgi, nevrostimulering og diettbehandling, men symptomatisk, farmakologisk behandling med antiepileptika er den første og vanligste behandlingsformen (Nakken, 2019). For at antiepileptika skal ha effekt er det viktig at pasienten tar den som forskrevet. Målet med farmakologisk behandling er å oppnå tilfredsstillende terapeutisk effekt med anfallsfrihet og eventuelt bedret anfallskontroll

så raskt som mulig, uten sjenerende bivirkninger og med følgende optimal livskvalitet. For de fleste pasienter med epilepsi kan bruken av antiepileptika medføre anfallsfrihet, men det er likevel omtrent en tredel av pasientene som aldri helt blir anfallsfrie (Espeset et al., 2016; Nakken, 2019).

2.1.1 Anfallsfremkallende faktorer

Anfallstendensen påvirkes av rundt 40 interne og eksterne anfallsfremkallende faktorer som forbigående senker terskelen for anfall (Nakken, 2019; Nakken et al., 2005a). Slike faktorer varierer fra pasient til pasient og sannsynligvis også hos samme pasient fra tid til annen, men de hyppigste oppgitte anfallsfremkallende faktorene er glemt medisindose, emosjonelt stress, søvndeprivasjon, tretthet og alkoholinntak. Andre oppgitte årsaker er menstruasjon, feber, og fotostimulering (Bertelsen, 2016; Nakken et al., 2005b). Risikoen for anfall øker når flere faktorer opptrer samtidig, og særlig anfallsutsatte er unge voksne som utsetter seg for mye alkohol, lite søvn og medisinforglemmelse (Nakken & Tuft, 2019). Som et supplement til pågående farmakologisk behandling bør pasientens anfallsfremkallende faktorer kartlegges, for så å iverksette livsstilsregulerende tiltak og restriksjoner for å minimalisere eller unngå faktorene. Slik kan mange epileptiske anfall forebygges (Nakken et al., 2005a).

2.1.2 Ung voksen med epilepsi

Inngangen til voksenlivet kan for de aller fleste oppleves som et stort utviklingsmessig sprang, både fysisk og psykososialt (Collins, 2011; Fjerstad, 2016). Fasen er preget av å finne seg selv og sin autonomi, og sosiale relasjoner blir stadig viktigere (Camfield et al., 2017). Unge voksne har et levesett preget av impulsivitet, kortsiktig tenkning og tendens til risikoatferd (Agarwal et al., 2014; Fjerstad, 2016). Inngangen til voksenlivet medfører ekstra utfordringer for alle, men kan være spesielt utfordrende for unge voksne med en uforutsigbar og stigmatiserende anfallslidelse som epilepsi (Camfield et al., 2017; Nakken, 2019). Til tross for at konsekvensene for den enkelte pasient er forskjellig avhengig av epilepsitype, alvorlighetsgrad og anfallshyppighet, har de alle til felles at epileptiske anfall kan komme når og hvor som helst (Nakken, 2019).

For mange unge voksne er hverdagen preget av mangel på rutiner, bestående av studier, deltidsjobb og sosiale aktiviteter (Agarwal et al., 2014). En slik hverdag utsetter den unge voksne for en rekke ulike anfallsfremkallende faktorer, som lite søvn, emosjonelt stress og

dårlig etterlevelse av medisinsk behandling. Eksponering og eksperimentering med alkohol kan for mange være en naturlig del av sosiale sammenkomster, og være med på å utvikle den unge voksnes uavhengighet og sosiale autonomi (Collins, 2011). En kombinasjon av utilstrekkelig kunnskap og kortsiktig konsekvenstenkning, utsetter den unge voksne for dårlig etterlevelse av både medikamentell behandling og av anbefalte levesett for å unngå anfallsfremkallende faktorer (Agarwal et al., 2014). Dette er faktorer som gjør unge voksne særlig anfallsutsatte (Nakken & Tuft, 2019).

Store deler av pasientgruppen med epilepsi rapporterer om ekstra utfordringer i hverdagen, hvor tretthet og kognitive problemer er blant dem (Henning, Landmark, Henning, Nakken & Lossius, 2019b). Trettheten kan skyldes bivirkninger av antiepileptika, sub-klinisk aktivitet i hjernen eller som følge av selve anfallene (Espeset et al., 2016). Mange unge voksne opplever at trettheten påvirker deres selvfølelse, hindrer dem i hverdagen og medfører dårligere resultater på arbeid og studier (Gauffin, Flensner & Landtblom, 2011). Kognitive vansker, som store deler av pasientgruppen også rapporterer, kan være påvirket av anfallshyppigheten, varigheten av anfall eller være en bivirkning av antiepileptika (Gauffin et al., 2011; Mula & Trimble, 2012). Unge voksne med epilepsi uttrykker at kognitive nedsettelse har stor påvirkning på hverdagen, med blant annet negative konsekvenser for arbeidsforhold, sosiale relasjoner og etterlevelse av medisinsk regime (Gauffin et al., 2011).

Det er vanlig at unge voksne har bekymringer tilknyttet epilepsiens restriksjoner på hverdagen. I tillegg til at epilepsi medfører en rekke yrkesrestriksjoner kan de aller fleste heller ikke kjøre bil (Fører kortforskriften, 2004), noe som for mange unge voksne er en viktig del av det å løsrive seg og utvikle uavhengighet. Epilepsi medfører også i mange tilfeller restriksjoner i levesett og uavhengighet for å minimalisere eller unngå kontakt med anfallsfremkallende faktorer, noe som også utfordrer hverdagen til den unge voksne (Collins, 2011; Fjerstad, 2016). Slike restriksjoner gjør det vanskelig å passe inn med jevnaldrende, og kan påvirke den unge voksnes selvfølelse og livskvalitet (Agarwal et al., 2014; Nakken, 2019). Det er likevel viktig at restriksjonene er tilpasset den enkelte pasient, slik at unødvendige bekymringer og u hensiktsmessige restriksjoner kan unngås (Espeset et al., 2016).

2.2 Sykepleiefaglig rammeverk

2.2.1 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder

Sykepleier har i sitt arbeid funksjoner og ansvar på områder knyttet til helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning. I tillegg er organisering, administrasjon, ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning sentrale sykepleiefaglige funksjons- og ansvarsområder. I praksis fungerer disse områdene som en integrert helhet (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016).

I arbeidet med å fremme mestring av anfallssituasjonen hos pasienter med epilepsi, har sykepleier en spesielt fremtredende rolle innenfor undervisning og veiledning (Kristoffersen et al., 2016). Veiledning er et paraplybegrep, og avhengig av hva den enkelte trenger kan både informasjon, rådgivning og undervisning inngå i prosessen (Tveiten, 2016). Det er pasientens ståsted og opplevde behov som skal være utgangspunktet for veiledningen, og sykepleier må derfor møte pasienten der vedkommende er (Kristoffersen, 2016). Videre blir sykepleiers oppgave å formidle relevant kunnskap om anfallsfremkallende faktorer og anbefalte levesett, for slik å fremme pasientens læring og kunnskapsnivå (Agarwal et al., 2014; Kristoffersen et al., 2016). Målet med veiledningen er at den unge voksne skal ha nok kunnskaper til å ta informerte valg, og oppleve økt mestring over egen anfallssituasjon (Fjerstad, 2016; Tveiten, 2016).

2.2.2 Juridisk rammeverk

Sykepleierens handlingsfrihet i møte med pasienter med epilepsi er regulert av lover og forskrifter (Molven, 2016), og spesielt sentrale er helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 (1999) er sykehusene særlig pliktige til å ivareta pasientbehandling og opplæring av pasienter. Hensikten med pasientopplæringen er å formidle kunnskap som igjen kan fremme forståelse, ferdigheter, holdningsdannelse og mestringskompetanse knyttet til egen epilepsi (Tveiten, 2016).

Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1 (1999) omtaler pasientens rett til å medvirke. For at pasienten skal ha mulighet til å medvirke, er det essensielt med informasjon. Sykepleier har informasjonsplikt, og all informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand skal presenteres for pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). For at

informasjonen skal nå inn til pasienten, er måten den presenteres på svært viktig (Molven, 2016). Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-5 (1999) omtaler informasjonens form, og sier at informasjonen skal være tilpasset den individuelle pasients forutsetninger, som alder, modenhet og erfaring. Paragrafen sier også at sykepleier må sikre at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

2.2.3 Etisk rammeverk

Sykepleierens handlingsfrihet har også etiske føringer, hvor sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer er blant dem. For sykepleier som veileder pasienter med epilepsi for å fremme mestring av anfallssituasjonen, er særlig punkt 2.2, 2.5 og 2.6 relevante. I punkt 2.2 (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019) fremgår det at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Pasientautonomi er et særlig sentralt prinsipp, også innenfor etikken (Brinchmann, 2016). Det fremgår i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019) at sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (pkt. 2.5), og at sykepleier må respektere pasientens rett til å selv foreta valg (pkt. 2.6).

2.3 Den didaktiske relasjonsmodellen

For å fremme pasientens opplevelse av mestring over anfallssituasjonen, er informasjon og veiledning om anfallsfremkallende faktorer helt sentralt (OUS, 2017a). Det er mange forhold som påvirker veiledningen. Sykepleier kan med fordel basere veiledningen på den didaktiske relasjonsmodellen, som illustrerer viktige forhold som krever hensyn og bevissthet (Christiansen, 2020a). Modellen legger en føring for planlegging, gjennomføring, vurdering og evaluering av veiledningen. Ved å ta i bruk modellen kan sykepleier bidra til at veiledningen foregår på en individualisert måte som fremmer medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse, med læring og mestring som hovedmål (Tveiten, 2016).

Den didaktiske relasjonsmodellen tar utgangspunkt i seks gjensidig avhengige elementer, som inngår i et helhetsperspektiv gjennom veiledningen. *Pasientens forutsetninger for læring og mestring* omhandler vedkommendes individuelle faktorer av betydning for veiledningen, mens *rammefaktorer* er forholdene rundt pasienten som er av betydning for gjennomføringen. *Målet* er det pasienten ønsker å oppnå gjennom veiledningen, *innholdet* er det som skal læres eller gjennomføres og *arbeidsmetode* er en beskrivelse av hvordan en ønsker å utføre

veiledningen. *Evaluering* er en kontinuerlig prosess der en vurderer om målene er nådd, eventuelt om det må gjøres justeringer underveis (Christiansen, 2020a; Tveiten, 2016).

2.4 Benner og Wrubels beskrivelse av mestring

Stress og mestring er to vesentlige begreper i Benner og Wrubels omsorgsteori. Forfatterne definerer stress som et brudd i menneskets mening, forståelse og normal funksjon, med påfølgende erfaring av skade, tap eller utfordring. Mestring er det vedkommende gjør med dette bruddet, og er knyttet til den enkeltes bakgrunnsforståelse, ferdigheter, nåværende situasjon og ikke minst hva vedkommende bryr seg om (Benner & Wrubel, 1989; Kirkevold, 2014).

For at pasienter med epilepsi skal mestre anfallssituasjonen, kan ny tolkning eller nye ferdigheter være påkrevd. Ved at sykepleier fortolker, veileder og underviser pasienten i vesentlige aspekter ved situasjonen, kan pasienten oppleve mening og nye forståelsesmåter. Slik kan pasientens syn på den stressfylte situasjonen endres til å bli noe tolkbart og håndterlig. Ifølge Benner og Wrubel kan stress mestres på flere ulike måter. Forfatterne vektlegger at mestring ikke kan måles mot objektive kriterier, og at det derfor er viktig å merke seg at mestring ikke betyr å overvinne eller takle situasjonen på en objektivt sett «suksessfull måte» (Benner & Wrubel, 1989).

3. Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, referert i Dalland, 2017, s. 51). I dette kapittelet beskrives oppgavens anvendte metode, valg av faglitteratur og fremgangsmåten for litteratursøket. Deretter vil anvendt fag- og forskningslitteratur kritisk vurderes, samt oppgavens etiske overveielser presiseres.

3.1 Valg av metode

Den litterære oppgavens hensikt er å belyse hvordan sykepleier gjennom veiledning basert på den didaktiske relasjonsmodellen, kan fremme mestring av anfallssituasjonen hos pasienter med epilepsi. I arbeidet med å besvare oppgaven er det anvendt allerede eksisterende kunnskap og litteratur. I tråd med en systematisk tilnærming beskrevet i Støren (2013) og Thidemann (2017) er det foretatt søk etter kunnskap i skriftlige kilder og databaser, før kunnskapen er samlet, kritisk vurdert, diskutert og til slutt sammenfattet.

3.2 Valg av teori, faglitteratur og brukerkunnskap

Etttersom det teoretiske rammeverket bestående av eksisterende teori, faglitteratur og kunnskap er med på å forankre arbeidet faglig og danne grunnlaget for senere diskusjon, er det essensielt at det er relevant for problemstillingen (Dalland, 2017). Derfor har litteratur som omhandler sykepleiers veiledende funksjon, epilepsi og mestring vært av interesse. Jeg har innhentet litteratur fra sykepleierstudiets pensumliste med relevans for oppgavens problemstilling. Annen relevant litteratur har jeg funnet på høgskolens bibliotek, ved å blant annet benytte søkeordet «Epilepsi» på søketjenesten Oria. Et av treffene var boken «Epilepsi» skrevet av Nakken (2019).

Jeg har også henvendt meg til ressurspersoner som arbeider med gjeldende pasientgruppe, og slik fått gode tips til relevant litteratur. Blant dem er oppslagsverket «UpToDate» og «Kunnskapsbasert retningslinje om epilepsi» (OUS, u.å.) funnet via «Helsebiblioteket.no». Da det ikke alltid er samsvar mellom det som står beskrevet i faglitteratur og det som forekommer i praksis, har jeg integrert noe egen klinisk erfaring og brukerkunnskap i oppgaven.

3.3 Litteratursøk

Søkeprosessen etter forskningsartikler har foregått fra november 2019 til mars 2020.

Innledningsvis i søkeprosessen har jeg utarbeidet et PICO-skjema (se vedlegg 1) med hensikt å fremme struktur og klargjøring av søket. For å få en bred oversikt over kunnskapen som finnes om epilepsi og mestring, ble databasene CINAHL, The Cochrane Library, PubMed, MEDLINE og Google Scholar benyttet for innledende søk. Jeg har også foretatt siteringssøk via Cinahl, Google Scholar og Web of Science, samt lest i referanselister. Relevant innsyn på forskningsfeltet og kjennskap til ulike emneord fremmet en ytterligere presisering av søkeord.

Jeg opplevde at det var noe utfordrende å finne oppdatert, relevant forskningslitteratur.

Grunnet lange trefflister med uaktuell litteratur, foretok jeg noen avgrensninger for å begrense søket, stille krav til litteraturen og spisse trefflisten. Ved å lese titlene og abstraktene har jeg foretatt avgrensninger selv. Inklusjonskriteriene var at forskningsartiklene i tittel eller abstraktet skulle omhandle epilepsi, samt være relatert til veiledning, og mer spesifikt også ta for seg mestring. Jeg ønsket også å kun inkludere artikler om unge voksne, men grunnet få til ingen treff på denne pasientgruppen, så jeg meg nødt til å også inkludere artikler om ungdom og voksne i noen av søkene. Jeg ekskluderte artikler skrevet på andre språk enn engelsk, norsk, dansk og svensk, samt studier utført i utviklingsland eller land med store kulturelle forskjeller fra Norge, fordi det i noen verdensdeler fortsatt eksisterer feilaktige fordommer, myter og overtro knyttet til epilepsi (Nakken & Tuft, 2019). Det kan medføre andre utgangspunkt for pasientens kunnskap, læring og mestring. Jeg har også avgrenset søkene mine inne på de ulike databasene. Med viten om at relevante artikler kan forsvinne for hver avgrensning, valgte jeg å kun avgrense søket ved å ekskludere artikler skrevet utenfor det siste tiåret.

Tabell 1. Fremgangsmåten for litteratursøket til de fem aktuelle forskningsartiklene i oppgaven.

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord (<i>tekstord markert i kursiv</i>)	Antall treff	Avgrensning	Antall treff	Artikkel
1.	27.11.2019	Cinahl	(«Epilepsy») AND («Self-management» OR «Self-care» OR «Coping» OR «Quality of life») AND («Patient education» OR «Education»)	98	2009 – 2019	Nr. 1/50	«The impact of brief lifestyle self-management education for the control of seizures»

2.	28.11.2019	PubMed	((«Epilepsy self management» AND «Self care») AND («Epilepsy»))	35	2009 – 2019	Nr. 17/26	«Managing epilepsy well: Self-management needs assessment»
3.	29.11.2019	Cinahl	(«Epilepsy» OR «epilepsy») AND («Self-management» OR «empower*») AND («Patient education» OR «knowledge»)	19	2009 – 2019	Nr. 6/15	«Supporting and empowering people with epilepsy: Contribution of the Epilepsy Specialist Nurses (SENsE study)»
4.	30.01.2020	PubMed	((«Epilepsy» AND («patient education») OR «group intervention»)) AND «Adolescent» AND («self efficacy») OR «quality of life»)	402	2010 – 2020	Nr. 30/256	«A randomized controlled trial of a manual-based psychosocial group intervention for young people with epilepsy [PIE]»
5.	04.03.2020	Cinahl	(«Epilepsy» AND («Adolescence» OR «Young adult») AND («Patient education») AND («Self-management» OR «Self-efficacy»))	3	2010 – 2020	Nr. 3/3	«Personalised epilepsy education intervention for adolescents and impact on knowledge acquisition and psychosocial function»

Fem artikler ble vurdert som aktuelle. Gjennomgående ved samtlige artikler var at inklusjonskriteriene var oppfylt, og at overskriften og abstraktet var relevant for oppgavens problemstilling. Årsaker til at artiklene ble valgt, var følgende:

- Artikkel 1: fordi studiens funn avdekket spennende sammenhenger mellom den veiledende intervensjonen, mestring og pasientens anfallssituasjon.
- Artikkel 2: fordi den avdekket pasientens preferanser for en veiledende intervensjon med hensikt å fremme mestring.
- Artikkel 3: fordi jeg anså det svært interessant at funnene avdekket hvilken rolle sykepleier hadde under veiledning for å fremme mestring hos pasienter med epilepsi.
- Artikkel 4: fordi jeg fant det interessant at det var en gruppeintervensjon knyttet til læring og mestring.
- Artikkel 5: fordi den tok for seg en undervisende intervensjon uten psykososiale komponenter knyttet til læring og mestring.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer at valgt litteratur vurderes og karakteriseres. Hensikten er å tydeliggjøre refleksjoner rundt litteraturens reliabilitet og validitet for oppgavens

problemstilling (Dalland, 2017). Jeg har valgt å inkludere litteratur med relevans for min problemstilling. En av de hyppigst brukte kildene til oppdatert og relevant faglitteratur om tematikken, er boken «Epilepsi» skrevet av Nakken (2019). Nakken er nevrolog, har lang arbeidserfaring med pasientgruppen og har publisert mer enn 170 vitenskapelige artikler om epilepsirelaterte emner (Nakken & Tuft, 2019). Kilden betraktes derfor som svært pålitelig. For å tilstrebe oppdatert fagkunnskap har jeg benyttet de nyeste utgavene av valgte lærebøker og fagbøker. Siden en litterær oppgave krever bruk av andres tekster som medfører en risiko for feiltolkning, har jeg forsøkt å sikre god forståelse og gjengivelse av tekst og teorier. Jeg har også unngått å benytte sekundærlitteratur der det er mulig, da sekundærlitteratur utgjør en særlig risiko for feilaktig forståelse og gjengivelse av den primære teksten (Dalland, 2017). Likevel har jeg benyttet sekundærlitteratur fra Kongsmo (1995) og Kirkevold (2014) som presenterer Benner og Wrubels (1989) teori på norsk.

I arbeidet med å kritisk vurdere valgt forskningslitteratur, har jeg anvendt Helsebibliotekets sjekklistene (Helsebiblioteket, 2016) som et hjelpemiddel. Jeg har også fått hjelp av personalet på høgskolens bibliotek til å planlegge og gjennomføre søk, og anser dem som en viktig ressurs i kvalitetssikringen av mine søk og valgte artikler. Forskningsartiklene jeg har valgt for å belyse min problemstilling, er av klar sykepleiefaglig relevans. Jeg undersøkte tidsskriftene ved hjelp av Norsk senter for forskningsdata (2020), som viste at samtlige artikler er utgitt av anerkjente fagfellevurderte tidsskrifter. Samtlige artikler følger IMRaD-strukturen. Funnene anses derfor å ha høy faglig standard. Jeg har tilstrebet å inkludere nyere forskning i oppgaven for å sikre at kunnskapen er oppdatert, og inkluderte forskningsartikler er derfor av nyere dato publisert i tidsrommet etter 2010.

De fem valgte forskningsartiklene representerer til sammen både kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter. Metoden gjør det mulig å innhente og systematisere informasjon fra store informantgrupper, hvilket resulterer i breddekunnskap og det representative. De kvalitative metodene derimot, resulterer i data som ikke lar seg måle. Metoden utforsker ofte nyanser og meningssammenhenger i form av kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, synspunkter eller holdninger, hvilket resulterer i dybdekunnskap (Dalland, 2017). Én av valgte forskningsartikler har en kvalitativ tilnærming og én en tilnærming av både kvalitativ og kvantitativ form. De resterende tre har en kvantitativ tilnærming, der én av dem er en kohortstudie og én en randomisert kontrollert studie. Jeg inkluderte studier utført med forskjellige metoder, fordi de

ulike tilnærmingene i forskningsartiklene vil kunne resultere i ulik informasjon fra ulike perspektiver. Pasienter med epilepsi er en heterogen pasientgruppe, og kvantitative resultater vil dermed tilføye noe representativt, mens kvalitative resultater kan gå mer i dybden. Dermed kan fenomenet belyses og diskuteres på en mer reflektert og grundig måte.

Av forskningsartikler inkludert i oppgaven, er to fra Australia, én fra USA, én fra Irland og én fra Skottland. Under min kritiske vurdering av artiklene er det tatt hensyn til at forskjeller i kultur og tilgang til helsetjenester og ressurser kan representere variasjoner i pasientgruppen mellom de ulike landene, og potensielt svekke overførbareheten. Samtlige studier har kontekst i spesialisthelsetjenesten, men med ulikheter i tidsaspektet for varigheten av veiledningen. Tidsaspektet er vurdert kritisk, og jeg anser at samtlige artikler har resultater og aspekter som har overføringsverdi til oppgavens kontekst.

Én av forskningsartiklene er utført på epilepsisykepleiere i Irland. Der benyttes betegnelsen epilepsisykepleier på sykepleiere som arbeider på spesialistfeltet med epilepsi (Epilepsy Ireland, u.å.). I Norge kreves det ingen videreutdanning for å jobbe på spesialavdelinger og rehabiliteringsinstitusjoner for epilepsi. Jeg anser derfor at funnene har overføringsverdi til norske forhold, da funnene er svært relevante for sykepleiere som jobber med gjeldende pasientgruppe i Norge. Med hensyn til oppgavens fyll, vil jeg videre i oppgaven benytte det norske ordet «sykepleier» for den engelske termen «epilepsy specialist nurse» som benyttes i forskningsartikkelen.

Jeg opplever at det finnes begrenset med forskning utført på pasientgruppen «unge voksne» med epilepsi. Av den grunn har jeg valgt å inkludere to forskningsstudier utført på voksne pasienter, to utført på ungdommer og én fra sykepleiers perspektiv. Slik blir oppgavens aktuelle aldersgruppe fra 18-25 år dekket gjennom forskningsstudienes helhet, til tross for et videre sammenlagt aldersspenn. I hvilken grad funnene er overførbare til unge voksne er uavklart. Det må derfor tas stilling til at forskningsresultatene kunne sett noe annerledes ut dersom de var gjennomført på oppgavens aktuelle aldersavgrensning.

3.5 Vurdering av eget søk

Litteratursøket gav begrenset med artikler om veiledende intervensjoner til unge voksne for å fremme læring og mestring. Det kan virke til at det er mindre forskning som kan besvare

problemstillingen, noe som kan være en svakhet med besvarelsen. Forskningsartiklene tar likevel for seg særegne utfordringer unge voksne med epilepsi kan møte, hva pasienter selv mener kan bidra til mestring, kvalitative tilbakemeldinger fra pasientene, statistikk knyttet til veiledende intervensjoner og sykepleiers erfaring med hvordan mestring kan fremmes gjennom veiledning. Sammenlagt belyser forskningsartiklene veiledning for å fremme mestring, og jeg anser derfor at funnene er relevante for å besvare min problemstilling. Det er gjennom hele skriveprosessen gjort kritiske vurderinger rundt hvilke overføringsverdier artiklene har til problemstillingen med tanke på landbakgrunn, utvalg og kontekst.

3.6 Etiske overveielser

For å presentere andres arbeid på en korrekt, nøyaktig og ryddig måte, er det i tråd med kildehenvisningsskikk gjennom hele skriveprosessen benyttet Lovisenberg diakonale høgskoles retningslinjer for oppgaveskriving (u.å.). Jeg er meg også bevisst at henvisning til egne erfaringer skal overholde konfidensialitet, og fremlegges på en profesjonell, verdig og respektfull måte.

4. Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapittelet vil forskningsartiklens hovedresultater oppsummeres i en bearbejdet syntese, før de presenteres mer detaljert i en artikkelmatrise hvorav en beskrivelse av studienes hensikt, metode, utvalg og sentrale funn medfølger.

Resultatene fra valgte forskningsartikler belyser hvordan mestring kan fremmes hos pasienter med epilepsi, fra ulike perspektiv. Hovedresultatene viser at økt kunnskap om anfallsfremkallende faktorer tilegnet gjennom veiledning er essensielt for at pasienten skal kunne mestre sin anfallssituasjon. Videre avdekker resultatene hvilke preferanser pasientene har for slike intervensjoner, samt sykepleiers nøkkelrolle i arbeidet med å fremme mestring hos pasienter med epilepsi.

N r.	Forfatter og år	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode og utvalg	Funn
1.	Edward, K-L., Cook, M., Stephenson, J. & Giandinoto, J-A. (2019).	“The impact of brief lifestyle self-management education for the control of seizures”	British Journal of Nursing	Undersøke hvilken effekt en kortfattet, undervisende intervensjon basert på anfallsfremkallende faktorer, livsstil og selvbestemmelsesteori, hadde på pasientens mestring av anfallssituasjonen og på helse relatert livskvalitet og resiliens.	Kvantitativ metode, kohortstudie med kontrolldesign. 60 voksne pasienter med epilepsi ble fordelt inn i en intervensjons- og en kontrollgruppe.	Den undervisende intervensjonen hadde en interaktiv form, med varighet på 120 min. Deltakerne fikk selv bidra til utvelgelsen av intervensjonens innhold, som også ble supplert med skriftlig materiale. Funn viste at det var moderate sammenhenger, særlig mellom resiliens og tilfredshet med livet; etterlevelse av medisinsk regime og livskvalitet; og livskvalitet og tilfredshet med livet. Videre viste funnene at sammenhengen mellom mestringstro og anfallshåndtering så ut til å bli styrket av intervensjonen. De viste også en reduksjon i anfallsfrekvensen hos deltakerne i intervensjonsgruppen.
2.	Fraser, R. T., Johnson, E. K., Miller, J. W., Temkin, N., Barber, J., Caylor, L. ... Chaytor, N. (2011).	“Managing epilepsy well: Self-management needs assessment”	Epilepsy & Behavior	Undersøke hvordan voksne pasienter med epilepsi oppfattet sine medisinske og psykososiale problemer. Undersøkte også pasientenes preferanser for design og fremlegg av intervensjoner med hensikt å fremme mestring.	Kvantitativ metode. 165 voksne deltakere med epilepsi.	Funn indikerte en mer psykososialt utfordrende undergruppe av pasienter med signifikante depressive og kognitive problemer. Deltakerne foretrakk en intervensjon som ble holdt ansikt-til-ansikt, enten individuelt eller i gruppe. Det ble foretrukket at intervensjonen skulle inneholde undervisning med fokus på ulike temaer, eksempelvis livsstilstiltak og anfallsfremkallende faktorer, med en varighet fra 60-90 min. Funn indikerte også at det fra et emosjonelt perspektiv, burde fokuseres på hvordan pasienten kan leve best mulig til tross for livsstilsrestriksjoner.

3.	Higgins, A., Downes, C., Varley, J., Doherty, C. P., Begley, C. & Elliott, N. (2019).	“Supporting and empowering people with epilepsy: Contribution of the Epilepsy Specialist Nurses (SENSE study)”	Seizure: European Journal of Epilepsy	Undersøke hvordan irske epilepsisykepleiere praktiserte sin kliniske rolle.	Kvalitativ metode. Inkluderte individuelle- og fokusgruppeintervjuer, observasjon og dokumentanalyse. 12 epilepsisykepleiere fra fem ulike sykehusbaserte epilepsitjenester i Irland. Data ble også samlet inn fra 24 tverrfaglige gruppemedlemmer og 35 personer med epilepsi og deres pårørende.	Funn viste at epilepsisykepleierne arbeidet ut fra et verdigrunnlag som fremmet samarbeid, aktiv deltakelse og relasjonsbasert omsorg med respekt for pasientenes meninger. De var nøkkelpersoner i pasientens empowermentprosess, med hensikt å fremme og støtte pasientens kapasitet til å mestre sin sykdom. Kjernerdimensjoner av deres kliniske rolle inkluderte å utføre en omfattende vurdering av pasienten for å avdekke vedkommendes behov for informasjon, og tilby personsentrert undervisning. Funnene viste at unge voksne hadde særlig behov for informasjon om anfallsfremkallende faktorer, som sosialisering og alkoholinntak, søvn og stress, men at veiledningen foregikk på en måte som la til rette for at den unge voksne kunne leve et tilnærmet «normalt» liv uten uhensiktsmessige livsstilsrestriksjoner. Epilepsisykepleierne fulgte også opp effekten av omsorg og behandling, og koordinerte og kvalitetssikret omsorg og pasientinformasjon. Funn indikerte at epilepsisykepleierne manglet kunnskaper for å avdekke psykiske lidelser hos pasientene.
4.	Dorris, L., Broome, H., Wilson, M., Grant, C., Young, D., Baker, G., ... Wright, I. (2017).	“A randomized controlled trial of a manual-based psychosocial group intervention for young people with epilepsy [PIE]”	Epilepsy & Behavior	Undersøke gjennomførbarheten og innledende effekt av en psykososial gruppeintervensjon med hensikt å forbedre kunnskapen om epilepsi, mestringsstrategier og livskvaliteten hos unge pasienter med epilepsi.	Kombinert kvantitativ og kvalitativ metode med et RCT-design. Den kvalitative delen bestod av tilbakemeldinger fra deltakerne, pårørende og sykepleiere/kursledere. 83 ungdommer med epilepsi ble tilfeldig fordelt inn i en intervensjons- og en kontrollgruppe.	Intervensjonen bestod av ukentlige gruppeøkter på 2 timer, over en periode på seks uker. Funn viste at intervensjonen også kunne komprimeres til en 2-dagers «workshop». Intervensjonen bestod blant annet av åpne gruppediskusjoner, arbeid i par, rollespill og undervisende videoklipp og lydopptak. Innholdet ble utformet på vegne av hva pasientene hadde behov for og utbytte av, og tok for seg livsstilstiltak. Funn indikerte en effektiv, signifikant økning i kunnskapen om epilepsi hos intervensjonsgruppen, sammenliknet med kontrollgruppen. Deltakernes kunnskapsnivå fortsatte å øke selv 3-6 mnd. etter å ha deltatt i intervensjonen, og viste at deltakerne også deltok i nye aktiviteter. Funn avdekket et behov for oppfølging blant pasientene. Deltakerne i intervensjonsgruppen var også signifikant mer selvsikre når det kom til å snakke med andre om deres epilepsi. Deltakerne i intervensjonsgruppen gav tilbakemelding om at de satt størst pris på å lære om sin epilepsi, lære å håndtere vanskelige følelser og møte andre med epilepsi.

5.	Frizzell, C. K., Connolly, A. M., Beavis, E., Lawson, J. A. & Bye, A. M. E. (2011).	“Personalised epilepsy education intervention for adolescents and impact on knowledge acquisition and psychosocial function”	Journal of Paediatrics and Child Health	Undersøke om en undervisende intervensjon for ungdom kunne gi dem bedre forståelse for sitt epilepsisyndrom, generell kunnskap om epilepsi og forbedre selvtillit, mestringstro og holdninger knyttet til anfall og epilepsi.	Kvantitativ og kvalitativ metode. 30 ungdommer med epilepsi deltok.	<p>Studien bestod av kombinerte arbeidsmetoder, i form av individuell undervisning og gruppeundervisning. Funn viste at en slik kombinert intervensjon var økonomisk. I første undervisningsøkt ble ungdommen individuelt undervist i sitt epilepsisyndrom, og det ble lagt et personlig journalnotat. I andre undervisningsøkt ble epilepsiens påvirkning på hverdagen og livsstiltak diskutert i en interaktiv gruppe. Begge øktene hadde en varighet på 120 min.</p> <p>Funnene viste at intervensjonen hadde en signifikant forbedring av ungdommens selvinnsikt, generelle kunnskap om epilepsi og holdninger og mestringstro knyttet til epilepsi og anfall. Funn fra fokusgruppene indikerte at undervisningsøktene var underholdende og verdifulle.</p>
----	-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil problemstillingen diskuteres i lys av tidligere presentert teori og forskning. Diskusjonsdelen tar for seg hvordan sykepleier gjennom veiledning om anfallsfremkallende faktorer, basert på den didaktiske relasjonsmodellen, kan fremme mestring av anfallssituasjonen hos unge voksne pasienter med epilepsi. Diskusjonsdelen systematiseres gjennom den didaktiske relasjonsmodellens seks ulike elementer.

5.1 Pasientens forutsetninger for læring og mestring

5.1.1 Individuelt tilpasset veiledning

Sykepleier skal ifølge juridiske og etiske føringer tilpasse informasjonens form til den individuelle pasient (NSF, 2019, pkt. 2.5; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Som det fremheves i Kunnskapsbasert retningslinje om epilepsi, må sykepleier derfor ta hensyn til pasientens individuelle forutsetninger som alder, livsfase, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn, epilepsitype og øvrig helsetilstand (OUS, 2017c). Lewis og Noyes (2013) understreker at en individuell tilnærming er viktig, særlig for unge pasienter med epilepsi. Unge pasienter som ikke blir møtt med en individuell tilnærming av helsepersonell, avbryter helt eller delvis oppfølging og behandling. En slik situasjon er uheldig og farlig, da slike brudd kan medføre at pasienten lever en hverdag uten tilstrekkelig kunnskap om sin sykdom, med forhøyet risiko for anfall, skader og uhelse (Lewis & Noyes, 2013).

5.1.2 Kartlegging

For å kunne møte pasienten med en individuell tilnærming, bør sykepleier avklare og kartlegge pasientens forutsetninger for læring, mestring og behov for informasjon (Evensen & Brataas, 2011). I studien til Frizzell et al. (2011) og Higgins et al. (2019) benyttet sykepleierne en epilepsi-spesifikk pasientjournal med hensikt å sikre en detaljert innsikt i hver enkelt pasients unike anfallshistorie, hvorav eventuelle anfallsfremkallende faktorer og restriksjoner i levesett var særlig viktig. Benner og Wrubel (1989) hevder at en individuell tilnærming også bygger på en dyp forståelse av pasientens opplevde sykdom i egen kontekst. For å utvikle denne dypere forståelsen bør sykepleier på en naturlig måte integrere spørsmål under dialog, for å gi pasienten en mulighet til å fortelle sin egen historie (Higgins et al., 2019). Slik kan sykepleier bli kjent med hva som er betydningsfullt for pasienten, hva i livet

som blir avbrutt av sykdommen og hvilken mening pasienten legger i sine symptomer (Benner & Wrubel, 1989; Kongsmo, 1995). Det er likevel viktig at sykepleier er oppmerksom på at unge voksne pasienter med epilepsi er særlig restriktive med å fortelle om egne livsstilsvaner som kan påvirke anfallstendensen, som alkoholinntak. I tråd med Higgins et al. (2019) bør sykepleier derfor konkret etterspørre og hinte etter slike vaner, for å få pasienten til å fortelle. Først da kan sykepleier se hva pasienten trenger for å bli i stand til å mestre anfallssituasjonen, for så å videre tilrettelegge veiledningen på en personsentrert og fleksibel måte til hver og en av de unike pasientenes behov (Higgins et al., 2019).

5.1.3 Tretthet og kognitive utfordringer

Under planlegging og gjennomføring av veiledningen, er det essensielt at sykepleier tar hensyn til pasientens individuelle forutsetninger for læring og mestring (Christiansen, 2020a). Funn i Fraser et al. (2011) avdekket i likhet med den norske studien av Henning et al. (2019b), at et stort flertall av pasienter med epilepsi rapporterte om problemer og bekymringer knyttet til tretthet og kognitive aspekter som hukommelses- og konsentrasjonsproblemer. Pasienter med epilepsi som opplever former for kroppslig ubehag, eksempelvis tretthet, kan oppleve at oppmerksomhet og energi er rettet mot andre ting enn å lære. Tretthet kombinert med kognitive vansker kan skape særlige utfordringer for pasienten under veiledningen (Christiansen, 2020a).

5.1.4 Psykiske tilleggsutfordringer

Fraser et al. (2011) avdekket i likhet med Henning et al. (2019b) en mer utfordrende undergruppe av pasienter med epilepsi som rapporterte om psykiske utfordringer. I Higgins et al. (2019) hevdet sykepleierne at de i tillegg til å kartlegge epilepsiens objektive påvirkning på pasientens hverdag, også forsøkte å kartlegge diagnosens subjektive byrde i form av eksempelvis angst eller depresjon. Likevel indikerte studiens funn at sykepleierne manglet kompetanse og tid for å avdekke psykiske lidelser (Higgins et al., 2019). Funn i Edward et al. (2019) avdekket en sammenheng mellom psykisk helse og etterlevelse av medisinsk regime, der pasienter med dårlig psykisk helse hadde tilsvarende dårligere etterlevelse. Det psykiske aspektet spiller en stor rolle for både pasientens anfallssituasjon og forutsetninger for læring og mestring, og sykepleier bør derfor være ekstra oppmerksom på å kartlegge pasientens psykiske helse (Tveiten, 2016).

5.2 Rammefaktorer

5.2.1 Spesialavdelinger og rehabiliteringsinstitusjoner for epilepsi

Det er en rekke faktorer i og rundt pasientens situasjon som representerer muligheter og begrensninger for veiledningen (Tveiten, 2016). Veiledningen skal finne sted innenfor tidsrommet pasienten er innlagt på avdelingen (Norum & Brataas, 2019). Dette tidsrommet varierer innad i pasientgruppen, men pasienter på spesialavdelinger og rehabiliteringsinstitusjoner for epilepsi har en gjennomsnittlig betydelig lenger liggetid enn på ordinære sykehusavdelinger (Nakken et al., 2007). Med lenger liggetid har sykepleier bedre tid til å bli kjent med pasienten, med påfølgende bedre forutsetninger for å planlegge og gjennomføre et individualisert veiledningsopplegg. Læringsmiljøet og rommet hvor veiledningen skal finne sted, må være hensiktsmessig (Evensen & Brataas, 2011; Tveiten, 2016). Slik er det en fordel med spesialavdelinger og rehabiliteringsinstitusjoner for epilepsi fordi pasientene sjeldent ligger på dobbeltrom. Ved veiledning på pasientrom forstyrres pasientens oppmerksomhet sjeldent av medpasienter, og utfordrer heller ikke sykepleiers ivaretagelse av taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Til tross for at tidsaspektet og omgivelsene rundt pasienten representerer gode rammer for veiledningen, kan mangel på personalressurser, stor pasientpågang, tidspress og plassmangel selv på slike avdelinger representere særlige utfordringer for sykepleier (Sørli & Bergvik, 2020). Ved slike utfordringer stilles enda større krav til sykepleiers planlegging av helsepedagogiske vurderinger og valg (Tveiten, 2016).

5.2.2 Tidspunktet

Situasjonen pasienten befinner seg i, påvirker evnen til læring og mestring (Christiansen, 2020a; Norum & Brataas, 2019). Ifølge Benner og Wrubel (1989) er det viktig at pasienten får informasjon på riktig tidspunkt, og i riktige mengder. Dersom sykepleier ikke tar hensyn til pasientens mottakelighet for informasjon, kan pasienten bli skremt eller miste håpet og følelsen av kontroll over seg selv (Konsmo, 1995). For at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg av informasjonen som blir gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5) bør sykepleier sammen med pasienten vurdere tidspunktet for når det er hensiktsmessig å ha veiledningen. Av særlig betydning for pasienter med epilepsi, er tretthet, eventuelle tidligere anfall på dagen og kognitive vansker. Det er også viktig at sykepleier unngår å veilede pasienter som er søvndepriverte i forbindelse med EEG (elektroencefalografi), og som har oppmerksomheten rettet mot andre forhold, som kommende undersøkelser eller behandlinger (Tveiten, 2016).

5.2.3 Lengden

Sykepleier bør ta hensyn til pasientens mottakelighet for informasjon. Derfor kan lengden på veiledningen vurderes i samråd med pasienten (Tveiten, 2016). Funn i Fraser et al. (2011) indikerte at pasientene foretrakk et veiledningsopplegg med en varighet på mellom 60 til 90 minutter, mens intervensjonene i Edward et al. (2019) og Frizzell et al. (2011) varte i 120 minutter. Siden mange pasienter med epilepsi rapporterer om konsentrasjonsproblemer (Henning et al., 2019b), kan imidlertid en varighet på 120 minutter bli i overkant lenge. Studien til Gauffin et al. (2011) tilsier det samme, hvorav en av de unge voksne syntes det var utfordrende å konsentrere seg om noe i mer enn 5 sammenhengende minutter. Egen klinisk erfaring tilsier at kortere veiledninger med implementering av flere pauser underveis, kan legge til rette for bedre konsentrasjon og forutsetninger for læring. Det hender også at sykepleier må avbryte veiledningen tidligere enn planlagt, eksempelvis grunnet pasientens tilstand, eventuelle anfall eller andre uforutsette hendelser på avdelingen (Tveiten, 2016). Da er det avgjørende at sykepleier dokumenterer hva som er gjennomgått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Slik kan veiledningen fortsette ved en senere anledning og sikre kontinuitet, også av en annen sykepleier (Tveiten, 2016).

5.2.4 Antall intervensjoner

Det kan også være hensiktsmessig at sykepleier planlegger flere veiledningsøkter mens pasienten er innlagt, dersom pasientens informasjonsbehov og lengde på innleggelse tilsier at det er mulig. Slik kan pasientens læring- og mestringsprosess fremmes, ved at pasienten får tid til å prosessere og reflektere over informasjonen mellom øktene (Kristoffersen, 2016). Egen klinisk erfaring tilsier at det kan være fordelaktig å korte ned veiledningsøktene og fordele dem over tid, både for pasientens læring og for sykepleiers ressursbruk. For eksempel er det ikke alltid mulig å avse 120 sammenhengende minutter til veiledning, da andre pasienter eller kollegaer kan skape utfordringer. Gjennom et pedagogisk opplegg med flere planlagte veiledningsøkter under pasientens innleggelse, tar intervensjonen en liknende form av hva som ble gjennomført i Dorris et al. (2017). Deltakerne i studien hadde veiledningsøkter på 2 timer ukentlig i 6 uker. Et slikt opplegg blir vanskelig å gjennomføre for de fleste pasienter innlagt på spesialavdelinger og rehabiliteringsinstitusjoner for epilepsi. Derfor foreslo flere av sykepleierne i studien at det også er mulig å komprimere intervensjonen til en

2-dagers «workshop» (Dorris et al., 2017), noe det er gode rammer for på spesialavdelinger og rehabiliteringsinstitusjoner for epilepsi.

5.3 Mål

5.3.1 Medvirkning

Funn i Walker et al. (2009) avdekket at målformuleringer utformet av sykepleier alene, ikke møtte behovene til alle pasienter med epilepsi. I tillegg hevdet sykepleierne i Higgins et al. (2019) at de beste utfallene forekom hos pasienter som fikk individuell tilpasset sykepleie basert på egne mål. Av den grunn bør sykepleier i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) legge til rette for medvirkning ved at pasienten selv får utforme egne mål. Sykepleier må anerkjenne viktigheten av pasienten som en aktiv part i sin egen pleie og omsorg, da medvirkning styrker pasientens bevissthet, ansvarlighet og motivasjon for å lære (Christiansen, 2020a; Higgins et al., 2019). Det er imidlertid viktig at sykepleier er klar over at mange unge voksne med epilepsi til tider kan ha høye og urealistiske idealer og mål. Derfor bør sykepleier bruke fagkunnskap og erfaring, og sammen med pasienten utarbeide og utforme realistiske, individuelt tilpassede målformuleringer basert på pasientens oppfatninger, ønsker og behov (Gauffin et al., 2011). Slik sikres en felles forståelse av hva pasienten skal arbeide mot (Christiansen, 2020a). En slik praksis vil ivareta pasientens autonomi og likeverd, som igjen kan være med på å styrke pasientens mestringskompetanse (Tveiten, 2016).

5.3.2 Langsiktige og kortsiktige mål

De yrkesetiske retningslinjene trekker frem at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2019, pkt. 2.2). Mål kan hjelpe pasienten til å finne håp og motivasjon i situasjoner med sykdom og stress, hvor det er lett å kjenne på avmakt, meningsløshet og håpløshet (Benner & Wrubel, 1989). Pasientens langsiktige mål er i denne oppgaven å mestre anfallssituasjonen. Fordi et slikt mål ikke er lett å vurdere, kan sykepleier foreslå å utarbeide konkrete delmål som kan fungere som veivisere og motivatorer underveis i prosessen. Eksempelvis kan følgende delmål understøtte pasientens mestringsprosess: «Forstår hvordan ulike faktorer kan påvirke anfallssituasjonen», «fører anfallsdagbok for å avdekke og gjenkjenne faktorer som trigger anfall» og «unngår anfallsfremkallende faktorer som påvirker anfallssituasjonen». Egen erfaring tilsier i likhet med Tveiten (2016) at utforming av mål kan fremme håp, motivasjon og bidra til at pasienten lettere opplever

mestring. Pasientens mål legger føring for hva innholdet i veiledningen må være, og for hvilke metodiske tilnærminger som er aktuelle (Christiansen, 2020a).

5.4 Innhold

5.4.1 Livsstilsrestriksjoner

Unge voksne med epilepsi ønsker å leve et liv «som alle andre», uten å la sykdommen begrense livsutfoldelsen (Gauffin et al., 2011). I Higgins et al. (2019) hevdet sykepleierne at de la til rette for et slikt liv, men samtidig sørget for å veilede pasienten om anfallsfremkallende faktorer og mulige livsstilsrestriksjoner for å forebygge anfall og skader. Funn i Quon et al. (2019) viste at unødvendige restriksjoner påvirket pasientens livskvalitet negativt. Imidlertid viste også studien at informasjon om hvordan pasienten kunne forbedre livsstilen, virket positivt på livskvaliteten. Derfor bør sykepleier gi støtte og råd som ivaretar det som er betydningsfullt for pasienten, samtidig som forholdsregler knyttet til anfallssituasjonen ivaretas (Dorris et al., 2017). Det kan innebære at pasienten skal kunne delta i sosiale sammenkomster, samtidig som pasienten har nok kunnskap til å kunne håndtere medisiner og komme seg fort i seng selv om kveldene blir sene.

5.4.2 Utarbeidelse av innhold

Pasientens mål, som i denne oppgaven er å mestre egen anfallssituasjon, er utgangspunktet for veiledningens innhold (Kristoffersen, 2016; Tveiten, 2016). I Fraser et al. (2011) rapporterte pasientene om et behov for informasjon om generelle livsstiltak og anfallsfremkallende faktorer, mens Higgins et al. (2019) viste at unge voksne hadde særlig behov for informasjon om sosialisering og alkohol, søvn og stress. Innholdet i intervensjonene i Dorris et al. (2017) og Frizzell et al. (2011) tok for seg slike livsstiltak. Funnene avdekker at deltakelse i gruppeintervensjonene økte pasientenes kunnskap om epilepsi, og pasientene uttrykte at innholdet var relevant, oppklarende, lærerikt og verdifullt. Funn i Frizzell et al. (2011) viste også at veiledningen forbedret pasientens mestringstro, noe som tidligere har vært relatert til mindre frykt for anfall, mer positive holdninger til epilepsi og lavere nivå av depressive symptomer (Engel, Barnes, Henry, Garwick & Scal, 2019). Funnene tyder på at sykepleier må utarbeide veiledningens innhold ut fra egen faglige kompetanse og opparbeidet erfaring (Christiansen, 2020a). Samtidig, er det også nødvendig at sykepleier aktivt forholder seg til pasientens kontekst slik at innholdet utformes på bakgrunn av hva unge voksne pasienter med

epilepsi har behov for og utbytte av (Dorris et al., 2017). Slik kan sykepleier hjelpe pasienten med å skape nye forståelsesmåter, mønstre og fremme mestring (Benner & Wrubel, 1989).

I mange tilfeller vil pasienten uttrykke noe om sitt behov for informasjon, og sykepleier bør da i samråd med pasienten komme frem til veiledningens innhold (Christiansen, 2020a; NSF, 2019, pkt. 2.6). I Edward et al. (2019) fikk pasientene selv velge innholdet, som da tok for seg anfallsfremkallende faktorer som alkoholinntak, dårlig etterlevelse av medisinsk regime, stress og søvnmangel. Forfatterne hevdet at denne muligheten til å velge innhold styrket pasientenes autonomi og fremmet deres motivasjon for å lære. Funnene viste at intervensjonsgruppen hadde økt kunnskap om anfallsfremkallende faktorer, forbedret medisinsk etterlevelse og redusert anfallsfrekvens, samt forbedret resiliens, tilfredshet med livet og psykisk helse (Edward et al, 2019). Sykepleier bør derfor vektlegge pasientens behov for informasjon under utarbeidelsen av veiledningens innhold, for at informasjonen blir tilstrekkelig og relevant. Gjennom individuelt tilpasset informasjon kan pasientens forståelse og mestring over sin unike anfallssituasjon fremmes (Higgins et al., 2019).

5.4.3 Retten til informasjon – etisk dilemma

Sykepleier skal gi pasienten informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Til tross for juridiske føringer kan sykepleier fort oppleve utfordringer på feltet (Christiansen, 2020a). Benner og Wrubel (1989) tar opp spørsmålet om hvor mye informasjon som bør gis til pasienten, som et eksempel på et etisk dilemma. På den ene siden har pasienten rett til å få informasjon. Mangel på informasjon kan medføre at pasienten utsettes for anfallsfremkallende faktorer, med påfølgende engstelse, økt anfallsfrekvens og fare for skade. På den andre siden finnes det mange anfallsfremkallende faktorer som har ulik påvirkning på anfallssituasjonen fra pasient til pasient (Nakken, 2019). Mye informasjon om anfallsfremkallende faktorer kan skape unødig frykt og restriksjoner i pasientens levesett. Situasjonen illustrerer hvor viktig det er at sykepleier ser sammenheng, helhet og gjensidig innvirkende forhold mellom de ulike elementene i den didaktiske relasjonsmodellen, for hva som er innholdet i veiledningen (Christiansen, 2020a). Benner og Wrubel (1989) poengterer at det er viktig at den enkelte pasient selv får styre hvor mye informasjon vedkommende ønsker til enhver tid, noe som også samsvarer med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999). Sykepleier bør derfor

kontinuerlig forespørre hva pasienten er i stand til å ta imot for ikke å overbelaste pasienten med for mye informasjon på en gang (Higgins et al., 2019).

5.5 Arbeidsmetoder

5.5.1 Kombinasjon av ulike arbeidsmetoder

Sykepleier må vurdere veiledningens arbeidsmetode med særlig hensyn til pasientens forutsetninger for læring og mestring, situasjonens rammefaktorer og veiledningens mål og innhold (Tveiten, 2016). Det finnes et vidt spekter av ulike arbeidsmetoder og pedagogiske verktøy som kan tas i bruk (Kristoffersen, 2016). Sykepleierne i Higgins et al. (2019) uttrykte at veiledningen forekom integrert eller planlagt i et hvert pasientmøte, i form av både individuelle og gruppebaserte intervensjoner. Benner og Wrubel (1989) hevder at informasjon fungerer best når kroppen oppfatter den direkte, og at sykepleier av den grunn burde supplere skriftlig og muntlig informasjon, med sensorisk og motorisk informasjon. I Dorris et al. (2017) benyttet sykepleier en kombinasjon av ulike arbeidsmetoder i veiledningen, deriblant åpne gruppediskusjoner, arbeid i par, rollespill og undervisende videoklipp og lydopptak. Funnene viste at intervensjonen på en effektiv måte økte pasientenes kunnskap om epilepsi. Egne kliniske erfaringer tilsier det samme, hvor pasienter som gjennomførte et e-læringskurs i etterkant av gruppeveiledning, oppnådde større læringsutbytte enn dem som ikke gjorde det. Derfor kan det være hensiktsmessig at sykepleier kombinerer ulike arbeidsmetoder som eksempelvis film, e-læring eller interaktive metoder, for å fremme læring og mestring hos pasienten (Christiansen, 2020b).

5.5.2 Skriftlig materiale og repetisjon

En betydelig andel av pasientgruppen rapporterer om kognitive vansker, særlig i form av problemer med hukommelse og prosesseringshastighet (Fraser et al., 2011). Det kognitive aspektet påvirker pasientens evne til læring og mestring, og bør ifølge Lewis og Noyes (2013) få en større innflytelse på veiledningsmetoden. Behovet for repetisjon er sentralt for mange (OUS, 2017c). Også i Lewis og Noyes (2013) ble pasientens evne til å huske og forstå informasjonen styrket av repetisjon. Til tross for at noen av pasientene til tider irriterte seg over repetisjonen, opplevde flertallet at den var fordelaktig. Unge voksne med epilepsi ønsker også at muntlig informasjon understøttes av skriftlig materiale (Lewis & Noyes, 2013). Gjennom skriftlig materiale som understøtter den muntlige informasjonen, viser Edward et al.

(2019) at pasienten får mulighet til egenrefleksjon ved å kunne slå opp i materialet ved en senere anledning. For at pasienten skal ha mulighet til å nyttiggjøre seg av informasjonen, bør sykepleier i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) tilpasse informasjonens form med hensyn til pasientens evne til å huske og prosessere den. I likhet med sykepleieutøvelsen i Higgins et al. (2019) bør sykepleier derfor sikre både muntlig og skriftlig materiale, samt repetere informasjonen, for slik å fremme mestring.

5.5.3 Veiledningstyper

Sykepleier kan vurdere om veiledningen skal foregå individuelt eller i gruppe ut fra veiledningstypenes tilgjengelighet og pasientens ønsker, og slik legge til rette for medvirkning (Molven, 2016; Tveiten, 2016). Dersom pasienten ikke har gode nok forutsetninger til å velge, bør sykepleier anbefale en veiledningstype (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Resultatene i Fraser et al. (2011) viser at pasientene hadde en klar preferanse for at veiledningen skulle foregå individuelt, ansikt-til-ansikt. Fordelen med en slik tilnærming er at sykepleier lettere kan individualisere veiledningen til den enkelte pasientens forutsetninger for læring og mestring, med spesielt hensyn til blant annet epilepsitype og informasjonsbehov (OUS, 2017b). Resultatene i Fraser et al. (2011) viser på den andre siden at en stor andel av pasientene også foretrakk gruppebasert veiledning, ansikt-til-ansikt. I Frizzell et al. (2011) og Edward et al. (2019) hadde gruppeveiledningen en interaktiv arbeidsmetode. Hensikten var at pasientene gjennom samhandling og en problemløsende tilnærming kunne delta aktivt og bruke egne ressurser, for slik å hjelpe seg selv og andre i gruppen. Til tross for at det ikke alltid er mulig å løse eller fjerne bekymringer, viser Dorris et al. (2017) at slike samtaler kan øke bevisstheten og skape en følelse av samhold. Frizzell et al. (2011) viste også at samtale om bekymringer kan lette den negative påvirkningen epilepsi har på livet, og slik ha en positiv innflytelse på utfallene. Egen klinisk erfaring tilsier at gruppeveiledning legger til rette for at pasientene kan dele erfaringer, og slik lære av hverandre. Et eksempel var da en pasient delte bekymringer knyttet til alkoholinntak under sosiale sammenkomster. En medpasient kommenterte da at hun selv tålte «sosiale doser» med alkohol, og at hun alltid tok andre forholdsregler ved alkoholinntak. At pasientenes erfaring kan gjøres til gjenstand for refleksjon og bearbeidelse kan være fordelaktig og betydningsfullt for deres mestringsprosess (Tveiten, 2016). Ved valg av metode bør sykepleier derfor være klar over at gruppeveiledning har en rekke positive utfall på unge voksne pasienter med epilepsi.

5.5.4 Kombinasjon av individuell veiledning og gruppeveiledning

Som vist over, er det fordeler med både individuell og gruppebasert veiledning. Det er også forskning som tyder på at det kan være gunstig med en kombinasjon av individuelle samtaler og grupper med erfaringsutveksling, slik som Kunnskapsbasert retningslinje om epilepsi foreslår (OUS, 2017b). En slik tilnærming ble benyttet i Frizzell et al. (2011). Først ble pasienten individuelt undervist om sin særegne epilepsitype, supplert med generell kunnskap om epilepsi. Så deltok pasienten i en interaktiv gruppeveiledning, der de delte og diskuterte erfaringer om epilepsi. Den kombinerte intervensjonen økte pasientens generelle kunnskap om epilepsi, men også pasientens spesifikke kunnskap om egen epilepsitype. Sistnevnte er særlig viktig, da det er pasientens kunnskap om egen epilepsitype med individuelle anfallsfremkallende faktorer som danner grunnlaget for vedkommendes mestring (Frizzell et al., 2011). Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv kan gruppeintervensjoner spare tid og penger. Det er likevel viktig at sykepleier vurderer hva som er gevinsten, opp mot hva som reelt spares (Tveiten, 2016). Selv om studien til Fraser et al. (2011) indikerer at pasientene foretrekker individuell veiledning ansikt-til-ansikt, hevder Frizzell et al. (2011) at en kombinert intervensjon både er effektiv for pasientens læring og mestring, samt mer økonomisk. Ved at sykepleier kombinerer individuell veiledning med gruppeveiledning, får pasienten fordeler fra begge arbeidsmetodene. Det er dermed tenkelig at pasientens mestringsprosess fremmes, ved at informasjonen kan tilpasses til den enkelte pasientens behov, samtidig som pasienten i en gruppe kan oppleve samhörighet, lære av andres erfaringer og skape relasjoner.

5.6 Evaluering

5.6.1 Vurdering av veiledningen

Sykepleier skal ifølge juridiske og etiske føringer forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen som er gitt gjennom veiledningen (NSF, 2019, pkt. 2.5; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Evaluering, som er et viktig element i den didaktiske relasjonsmodellen, har som formål å gjøre nettopp dette. For at sykepleier skal kunne vurdere veiledningens kvalitet og effekt på pasientens mål, må veiledningen vurderes fortløpende i læringsprosessen (Brataas, 2011; Kristoffersen, 2016). Til dette kan sykepleier benytte ulike metoder, som tidligere dokumentasjon (Helsepersonelloven, 1999, § 39-40), spørreskjemaer eller ved å stille åpne spørsmål (Higgins et al. 2019). Sykepleier kan også gjennom dialog med pasienten få et inntrykk av hva som er forstått, hvordan

informasjonen er tolket, hvordan kunnskapen skal tas i bruk, og slik også få et bilde av om informasjonen eventuelt har skapt frykt og uhensiktsmessige livsstilsrestriksjoner hos pasienten (Tveiten, 2016). Funn i Dorris et al. (2017) avdekket at pasientene deltok i nye aktiviteter etter intervensjonen, hvilket kan indikere at pasienten tok den tillærte, teoretiske kunnskapen om anfallsfremkallende faktorer til bruk i praksis. Dermed kan pasienten ha forstått hvilke restriksjoner som er hensiktsmessige og uhensiktsmessige for egen anfallssituasjon, og slik oppleve mestring. Det er viktig at sykepleier fortløpende evaluerer veiledningen og danner et bilde av pasientens forståelse, med mulighet til å støtte oppfattelsen, presisere eller gjenta informasjonen (Christiansen, 2020b). Slik kan sykepleier vurdere kvaliteten på veiledningen og om måloppnåelse forutsetter andre pedagogiske opplegg, noe som er nødvendig for å kunne fremme pasientens mestring.

5.6.2 Oppfølging

Å leve med en kronisk sykdom som epilepsi fordrer erfaringslære, som innebærer at pasienten må lære og håndtere og mestre et utall komplekse og dynamiske situasjoner over tid (Evensen & Brataas, 2011). Funn i Dorris et al. (2017) avdekker at pasientens kunnskapsnivå fortsatte å øke selv 3 til 6 måneder etter gjennomført intervensjon, og at pasientene begynte å utforske og oppdage nye sider ved sin epilepsi. Gjennom erfaringslære i pasientens hverdag, er det tenkelig at nye spørsmål, tanker og utfordringer oppstår. Sykepleierne i Higgins et al. (2019) fortalte derfor at de etter en innleggelse alltid opplyste pasienten om at vedkommende kunne ta kontakt dersom noe kom opp. Et slikt behov for oppfølging, avdekkes også i studien til Dorris et al. (2017). Mange pasienter med epilepsi har behov for tilpasset undervisning og veiledning gjennom hele behandlingsforløpet (OUS, 2018). Sykepleier bør av den grunn utlevere kontaktinformasjonen til avdelingen, slik at pasienten kan henvende seg ved eventuelle spørsmål. Egne kliniske erfaringer tilsier at en slik mulighet gav pasienten motivasjon til å fortsette mestringsprosessen hjemme, ved at tilbudet om å ta kontakt skapte en trygghet og følelse av å ikke stå alene. Dersom sykepleier vurderer at det er behov for oppfølging av pedagogiske prosesser etter utskrivning fra spesialsykehus eller rehabiliteringsinstitusjoner, er det sykepleier sitt ansvar å legge til rette for dette (Brataas & Hellesø, 2011).

6. Avslutning

Hensikten med denne oppgaven har vært å undersøke hvordan sykepleier gjennom veiledning om anfallsfremkallende faktorer, basert på den didaktiske relasjonsmodellen, kan fremme mestring av anfallssituasjonen hos unge voksne pasienter med epilepsi.

Funn fra anvendt forskning støtter opp under den viktige rollen sykepleier har under veiledning av pasienter med epilepsi. Sykepleier kan med fordel ta utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellens seks, gjensidig avhengige elementer, da modellen fanger opp viktige forhold sykepleier bør være bevisst på og ta hensyn til under veiledningen for å fremme mestring.

Til tross for at sykepleier må ta utgangspunkt i den enkelte pasient, er det likevel en del forutsetninger for læring og mestring som går igjen hos pasientgruppen. Mange unge voksne pasienter med epilepsi opplever tilleggsutfordringer i en allerede utfordrende inngang til voksenlivet, hvorav tretthet, kognitive problemer og psykiske vansker er gjennomgående. Sykepleier må ta hensyn til slike utfordringer under veiledningen for å kunne fremme læring og mestring hos pasienten. På spesialavdelinger og rehabiliteringsinstitusjoner er pasientene innlagt lenger enn på ordinære sykehusavdelinger, og ligger som regel på enkeltrom. Dermed er rammene for veiledningen hovedsakelig gode. Likevel representerer pasientens forutsetninger, som kognitive vansker og tretthet, potensielle utfordringer som påvirker veiledningens rammefaktorer som tidspunkt, lengde og antall intervensjoner. Anvendt forskning understreker i likhet med juridiske og etiske føringer, viktigheten av at sykepleier ivaretar pasientens autonomi og medvirkning under veiledningen. Derfor kan veiledningens mål og innhold med fordel utformes i samarbeid med pasienten. Når det kommer til arbeidsmetoder for å fremme læring og mestring hos pasienten, indikerer funn fra anvendt forskning at både individuell veiledning og gruppeveiledning øker pasientens kunnskap og mestring. Imidlertid avdekker flere funn at gruppeveiledning også har en rekke andre positive innvirkninger på pasienten. Dersom rammene tillater det, er det dermed hensiktsmessig for pasientens mestringsprosess at sykepleier kombinerer individuell veiledning med gruppeveiledning.

Å mestre anfallssituasjonen krever erfaringslære over tid. Likevel viser funnene at sykepleier kan fremme denne prosessen gjennom å tilføre pasienten økt kunnskap om anfallsfremkallende faktorer gjennom veiledning. Benner og Wrubel hevder at denne kunnskapen og meningen som skapes hos pasienten, kan endre vedkommendes syn på den stressfylte situasjonen. Slik kan anfallssituasjonen bli noe forståelig, håndterlig og tolkbar. At pasienten mestrer egen anfallssituasjon kan dermed innebære at pasienten opplever trygghet og kontroll, får muligheten til å ta informerte valg eller ved at forståelsen for anbefalt behandling og livsstilstiltak er økt og bedrer pasientens etterlevelse. Mestring av anfallssituasjonen innebærer også at pasienten får mulighet til å tilpasse seg positivt til sin epilepsi ved å foreta hensiktsmessige livsstilsrestriksjoner for å unngå anfallsfremkallende faktorer, eller ved å unngå uhensiktsmessige livsstilsrestriksjoner. Slik kan optimal anfallskontroll sikres, samtidig som pasienten kan leve et tilnærmet normalt liv som sine jevnaldrende.

Til tross for at oppgaven belyser veiledning med hensikt å fremme pasientens kunnskap og opplevelse av mestring, bør det foretas ytterligere forskning om tematikken. Spesielt påtrengende er forskning som avdekker og konkretiserer effektive veiledende intervensjoner med dokumentert effekt på pasientgruppen «unge voksne».

Referanseliste

Agarwal, R., Patel, R., Set, K., Zidan, M. & Sivaswamy, L. (2014). Safety, Awareness, and Familiarity regarding Epilepsy in Teenage Years (SAFETY): Understanding the adolescents' perspective about their disease. *Epilepsy & Behavior*, *41*, 114-118. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.09.056>

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company

Bennett, L., Bergin, M. & Wells, J. S. G. (2016). The social space of empowerment within epilepsy services: The map is not the terrain. *Epilepsy & Behavior*, *56*, 139-148. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.12.045>

Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 321-341). Oslo: Gyldendal Akademisk

Bradley, P. M., Lindsay, B. & Fleeman, N. (2016). Care delivery and self management strategies for adults with epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(2), 1-67. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006244.pub3>

Brataas, H. V. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. utg., s. 31-50). Oslo: Gyldendal Akademisk

Brataas, H. V. & Hellesø, N. S. (2011). Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. utg., s. 102-121). Oslo: Gyldendal Akademisk

Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s.81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk

Camfield, P., Camfield, C., Busiah, K., Cohen, D., Pack, A. & Nabbout, R. (2017). The

transition from pediatric to adult care for youth with epilepsy: Basic biological, sociological, and psychological issues. *Epilepsy & Behavior*, 69, 170-176.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.11.009>

Christiansen, B. (2020a). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2. utg., s. 47-72). Oslo: Gyldendal Akademisk

Christiansen, B. (2020b). Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2. utg., s. 77-88). Oslo: Gyldendal Akademisk

Collins, S. (2011). The psychosocial effect of epilepsy on adolescents and young adults. *Nursing Standard*, 25(43), 48-56.

<https://doi.org/10.7748/ns2011.06.25.43.48.c8596>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dorris, L., Broome, H., Wilson, M., Grant, C., Young, D., Baker, G., ... Wright, I. (2017).

A randomized controlled trial of a manual-based psychosocial group intervention for young people with epilepsy [PIE]. *Epilepsy & Behavior*, 72, 89-98.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.04.007>

Edward, K-l., Cook, M., Stephenson, J. & Giandinoto, J-A. (2019). The impact of brief lifestyle self-management education for the control of seizures. *British Journal of Nursing*, 28(6), 348-354. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2019.28.6.348>

Engel, M. L., Barnes, A. J., Henry, T. R., Garwick, A. E., & Scal, P. B. (2019). Medical Risk and Resilience in Adolescents and Young Adults With Epilepsy: The Role of Self-Management Self-Efficacy. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(10), 1224-1233.

<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz063>

Epilepsy Foundation. (2014). Epilepsy Self Management. Hentet 29. mars 2020 fra

<https://www.epilepsy.com/learn/managing-your-epilepsy/managing-my-seizures-101/epilepsy-self-management>

Epilepsy Ireland. (u.å.). An evaluation of the role of the Epilepsy Specialist Nurse and the impact on patient quality of life. Hentet 27. mars 2020 fra <https://www.epilepsy.ie/content/evaluation-role-epilepsy-specialist-nurse-and-impact-patient-quality-life>

Espeset, K., Rektorli, L., Kristiansen, A. G., Solli, E. M., Mastad, V. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved nevrologiske sykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie : 2* (5. utg., s. 269-300). Oslo: Gyldendal Akademisk

Evensen, A. & Brataas, H. V. (2011). Læring og mestring ved kronisk sykdom. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. utg., s. 174-183). Oslo: Gyldendal Akademisk

Fjerstad, E. (2016). *Frisk og kronisk syk: Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Forskningsregisteret. (u.å.). eRapport: Nasjonal behandlingstjeneste for kompleks epilepsi med behov for høyspesialisert behandling. Hentet 11. desember 2019 fra <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/L-OUS-28/2013#>

Fraser, R. T., Johnson, E. K., Miller, J. W., Temkin, N., Barber, J., Caylor, L., ... Chaytor, N. (2011). Managing epilepsy well: self-management needs assessment. *Epilepsy & Behavior*, 20(2), 291-298. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.10.010>

Frizzell, C. K., Connolly, A. M., Beavis, E., Lawson, J. A. & Bye, A. M. E. (2011). Personalised epilepsy education intervention for adolescents and impact on knowledge acquisition and psychosocial function. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47(5), 271-275. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2010.01952.x>

Fører kortforskriften (2004). Forskrift om fører kort m.m. (FOR-2004-01-19-298). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298>

Gauffin, H., Flensner, G. & Landt blom, A-M. (2011). Living with epilepsy accompanied by

cognitive difficulties: Young adults' experiences. *Epilepsy & Behavior*, 22(4), 750-758. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.09.007>

Helsebiblioteket. (2016). Sjekklister. Hentet 18.02.2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

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

Henning, O., Alfstad, K. A., Nakken, K. O. & Lossius, M. I. (2019a). A call for better information about epilepsy: The patients' perspective - An online survey. *Seizure: European Journal of Epilepsy* 69, 173–179. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.04.015>

Henning, O., Landmark, C. J., Henning, D., Nakken, K. O. & Lossius, M. I. (2019b). Challenges in epilepsy – The perspective of Norwegian epilepsy patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 140(1), 40-47. <https://doi.org/10.1111/ane.13098>

Higgins, A., Downes, C., Varley, J., Doherty, C. P., Begley, C. & Elliott, N. (2019). Supporting and empowering people with epilepsy: Contribution of the Epilepsy Specialist Nurses (SENsE study). *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 71, 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.06.008>

Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør: om omsorgens forhold til sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: TANO

Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., s. 349-398). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lewis, S. A. & Noyes, J. (2013). Effective process or dangerous precipice: qualitative comparative embedded case study with young people with epilepsy and their parents during transition from children's to adult services. *BMC Pediatrics*, *13*(1), 1-24. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-169>
- Lovisenberg Diakonale Høgskole. (u.å.). Oppgaveskriving. Hentet 18. februar 2020 fra <https://ldh.no/bibliotek/oppgaveskriving#retningslinjer-for-oppgaveskriving>
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk
- Mula, M. & Trimble, M. R. (2012). Antiepileptic Drug-Induced Cognitive Adverse Effects. *CNS Drugs*, *23*(2), 121-137. <https://doi.org/10.2165/00023210-200923020-00003>
- Nakken, K. O. (2019). *Epilepsi*. (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Nakken, K. O. & Brodtkorb, E. (2015). Ny definisjon av epilepsi. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, *135*(11), 1020-1021. doi: 10.4045/tidsskr.15.0511
- Nakken, K. O., Brodtkorb, E. & Koht, J. (2007). Epilepsi og rehabilitering. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, *127*(3), 309-312. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2007/02/tema-rehabilitering/epilepsi-og-rehabilitering>
- Nakken, K. O., Refsland, G., Lillestølen, K. M. & Solaas, M. H. (2005a). Anfallsutløsende faktorer ved epilepsi – hva mener pasientene? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, *16*(125), 2172–2174. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2005/08/originalartikkel/anfallsutlosende-faktorer-ved-epilepsi-hva-mener-pasientene>
- Nakken, K. O., Solaas, M. H., Kjeldsen, M. J., Friis, M. L., Pelloc, J. M. & Corey, L. A.

- (2005b). Which seizure-precipitating factors do patients with epilepsy most frequently report? *Epilepsy & Behavior*, 6(1), 85-89. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2004.11.003>
- Nakken, K. O. & Tuft, M. (2019). *Epilepsi: Et vindu inn i hjernen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Norsk senter for forskningsdata. (2020). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 27. mars 2020 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Norum, M. E. K. & Brataas, H. V. (2019). Sykepleiepedagogikk i spesialisthelsetjenesten. I H. Brataas, A. E. Evensen & K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (1. utg., s. 177-190). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Oslo Universitetssykehus. (2017a). Anfallsutløsende faktorer. Hentet 04. mars 2020 fra <https://www.epilepsibehandling.no/index.php?action=showtopic&topic=JyRDqZaC>
- Oslo Universitetssykehus. (2017b). Individuelle samtaler og gruppeundervisning. Hentet 17. mars 2020 fra <https://www.epilepsibehandling.no/index.php?action=showtopic&topic=eTrkFESc>
- Oslo Universitetssykehus. (2017c). Tilpasset opplæring. Hentet 09. mars 2020 fra <https://www.epilepsibehandling.no/index.php?action=showtopic&topic=eFyJd58P>
- Oslo Universitetssykehus. (2018). Informasjonsbehov. Hentet 03. desember 2019 fra <https://www.epilepsibehandling.no/index.php?action=showtopic&topic=ZnG3u8zY>
- Oslo Universitetssykehus. (u.å.). Hentet 20. mars 2020 fra <https://www.epilepsibehandling.no/index.php>
- 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>

- Quon, R., Andrew, A., Schmidt, S., Escoffery, C., Schommer, L., Chu, F., ... Jobst, B. (2019). Self-management practices associated with quality of life for adults with epilepsy. *Journal of Neurology*, 266(11), 2821-2828. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09503-w>
- Schachter, S. C. (2019). Overview of the management of epilepsy in adults. I J. F. Dashe (Red.). I *UpToDate*. Hentet 28. mars 2020 fra <https://www.uptodate.com/contents/2220>
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Sørli, T. & Bergvik, S. (2020). Pasientinformasjon i sykehus – med særlig vekt på ivaretagelse av engstelige og bekymrede pasienter. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2. utg., s. 91-115). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thidemann, I-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Walker, E. R., Wexler, B., Dilorio, C., Escoffery, C., McCarty, F. & Yeager, K. A. (2009). Content and Characteristics of Goals Created During a Self-Management Intervention for People With Epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*, 41(6), 312-321. <https://doi.org/10.1097/jnn.0b013e3181b6bec5>

Vedlegg 1

Innledende PICO-skjema med hensikt å fremme struktur og klargjøre søkene:

P – Patient/problem	I – Intervention	C – Comparison	O – Outcome	
AND				
Epilepsy Adult Young adult Adolescent	Patient education Education Patient Information Health education Nursing Intervention	<i>Ikke relevant</i>	Seizure control Seizure prevention Coping Seizure occurrence Seizure precaution Reduction of seizure susceptibility Seizure prediction Perceived self control Self management Self efficacy Knowledge Quality of life Lifestyle behavior	OR