



Veiledning av pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt

Kandidatnummer: 254
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8837
Dato: 14.04.2020

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04.2020
Tittel: Veiledning av pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt	
<p>Problemstilling:</p> <p><i>På hvilken måte kan sykepleier på sengepost gjennom helseveiledning bidra til økt sykdomsmestring hos pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt?</i></p> <p>Teoretisk perspektiv</p> <p>Oppgavens teoretiske perspektiv tar utgangspunkt i patofysiologi, risikofaktorer og behandling av hjerteinfarkt. Det vil også trekkes inn psykososiale reaksjoner, mestring og empowerment. Helseveiledning, personsentrert sykepleie og helseinformasjonforståelse belyses videre. Den didaktiske relasjonsmodellen presenteres som et sykepleiefaglig verktøy som kan anvendes i forbindelse med helseveiledning, med bakgrunn i sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Til slutt vil relevante juridiske og etiske aspekter beskrives.</p> <p>Metode</p> <p>En litterær oppgave med litteratursøk som metode. Her er det brukt relevant fag- og forskningslitteratur. Forskningslitteraturen er funnet gjennom søk i databaser med bruk av relevante søkeord og avgrensinger. Det er også brukt kjedesøk.</p> <p>Drøfting</p> <p>Oppgavens diskusjonsdel vil ta utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen. Her vil de teoretiske perspektivene rundt hjerteinfarkt og behovet for veiledning i etterkant trekkes inn. I tillegg vil det belyses hvordan psykososiale reaksjoner kan spille inn på helseveiledningen. Videre diskuteres det hva som vil kunne hemme og fremme veiledningen. Dette settes opp mot hvordan sykepleieryrkets rammeverk påvirker sykepleierens evne til å gi tilstrekkelig veiledning for å nå tilsiktet hensikt; å øke pasientens sykdomsmestring.</p> <p>Konklusjon</p> <p>Tilstrekkelig veiledning er en sentral del av det å fremme mestring hos pasienten etter gjennomgått hjerteinfarkt. For at veiledningen skal være vellykket krever det god planlegging og hensyn til flere faktorer. Dette kan være utfordrende å gjennomføre på en hektisk sengepost. Derfor vil polikliniske helsetjenester har et bedre utgangspunkt for å drive med helseveiledning. Allikevel har sykepleier på sengepost en viktig rolle i å starte mestringsprosessen og motivere pasientene til å delta på polikliniske tjenester for å øke sin mestring ytterligere.</p>	

(Totalt antall ord: 289)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Oppgavens hensikt	2
1.3	Problemstilling	2
1.4	Kontekst	2
1.5	Avgrensing	2
1.6	Videre disposisjon av oppgaven	3
2	Teoretisk grunnlag	4
2.1	Iskemisk hjertesykdom	4
2.1.1	Patofysiologi	4
2.1.2	Risikofaktorer	4
2.1.3	Behandling	5
2.2	Psykososiale reaksjoner på akutt sykdom	5
2.3	Mestring og empowerment	5
2.4	Helseveiledning og helseinformasjonforståelse	6
2.5	Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon med den didaktiske relasjonsmodell som verktøy	7
2.5.1	Den didaktiske relasjonsmodellen	7
2.6	Juridisk rammeverk og de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	9
3	Metode	11
3.1	Litterær oppgave med litteratursøk som metode	11
3.2	Søkehistorikk	11
3.2.1	Tabell 1: søkehistorikk	12
3.2.2	Kjedesøk	13
3.3	Anvendt faglitteratur	13
3.4	Kildekritikk og etiske overveielser	13
3.4.1	Faglitteratur	14
3.4.2	Forskningslitteratur	14
3.4.3	Etiske overveielser	15
4	Presentasjon av forskningsresultater	16
4.1	Funn	16
4.2	Tabell 2: artikkelmatrise	16
5	Diskusjon	19
5.1	Pasientens forutsetninger for læring	19
5.2	Situasjonelle faktorer	21
5.3	Innhold og metodikk med utgangspunkt i pasientens mål, ønsker og behov	22
5.4	Rammefaktorer	25
5.5	Vurdering	28
6	Konklusjon	29
	Referanseliste	30

1 Innledning

Valgt tema for oppgaven er sykepleierens veiledende rolle i møte med pasienten som har gjennomgått et hjerteinfarkt. Det første kapittelet vil ta for seg bakgrunnen for det valgte temaet, sammen med valgt problemstilling. Deretter beskrives temaets kontekst, samt valgte avgrensinger gjort til oppgavens problemstilling. Til slutt følger en oppsummering av oppgavens hensikt og en oversikt over oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ikke-medfødt hjertesykdom er svært utbredt, og antall mennesker som rammes er i økning. Slik hjertesykdom kan by på utfordringer selv etter endt behandling, gjennom både fysiske og psykiske påkjenninger og generelt nedsatt livskvalitet (Stubberud, 2016a, s. 22). Iskemisk hjertesykdom er en alvorlig tilstand som også har medført mange dødsfall. I følge Folkehelseinstituttet var det fra 2001 til 2014 et årlig gjennomsnittlig på 15 000 personer som ble innlagt på norske sykehus med førstegangsinfarkt (Folkehelseinstituttet, 2018). Dagens behandling av, samt et større fokus på forebyggende tiltak, har redusert antall dødsfall som følge av iskemisk hjertesykdom (Ørn, 2017, s. 167). Allikevel er det en sykdom som rammer mange, der flere også opplever tilbakefall og reinnleggelser. I følge Norsk hjerteinfarktregister hadde 30% av personen som ble registret i 2018 også hatt hjerteinfarkt ved tidligere anledning (Norsk Hjerteinfarktregister, 2019).

Ervervet iskemisk hjertesykdom er alderbetinget, og risikoen øker fra fylte 70 år. Samtidig ser man en økning av yngre voksne som blir innlagt i sykehus med et førstegangsinfarkt (Stubberud, 2016a, s. 22). Oppgavens tematikk kan derfor også begrunnes fra et samfunnsøkonomisk perspektiv da sykdommen også rammer personer som fortsatt er yrkesaktive. Dersom disse pasientene opplever komplikasjoner som gjør at de ikke kommer ut i arbeid igjen vil det ha negativ samfunnsmessig påvirkning.

Forsking viser at pasientundervisning under innleggelsen har effekt på pasientenes kunnskap, psykososiale og atferdsmessige utfall, men i varierende grad. Undervisningens innhold og formidling kan utføres på mange måter, og det kan diskuteres hvilken metode som er mest effektiv. Det samme gjelder hvorvidt oppfølging i etterkant av utskrivelse utgjør en forskjell for rehabiliteringens utfall (Commodore-Mensah & Himmelfarb, 2012).

Selv har jeg erfaring fra en relevant sengepost. Der har jeg møtt pasienter som er innlagt med akutt hjerteinfarkt, samt pasienter som reinnlegges med forverring av symptomer eller nye infarkt. Jeg ønsker derfor å fordype meg i hvordan sykepleier på sengepost kan bidra i veiledningen av denne pasientgruppen med mål om å tilrettelegge for økt sykdomsforståelse og påfølgende mestring.

1.2 Oppgavens hensikt

Oppgavens hensikt er med andre ord å belyse sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Ved å øke pasientens kunnskap om iskemisk hjertesykdom og hva det betyr å leve med slik sykdom kan man hjelpe pasienten til økt sykdomsmestring. Videre vil økt kunnskap bidra til at pasienten kan gjenkjenne tegn og symptomer på forverring eller tilbakefall. Dette vil kunne få pasienten raskere til behandling, og dermed ha potensiale til å forbedre utfallet (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 430). Sykdomsmestring vil også kunne øke pasientens motivasjon til å gjøre nødvendige livsstilsendringer og på den måte forebygge nye hjerteinfarkt.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av presentert tematikk er følgende problemstilling utarbeidet:

På hvilken måte kan sykepleier på sengepost gjennom helseveiledning bidra til økt sykdomsmestring hos pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt?

1.4 Kontekst

Oppgaven vil ta for seg rollen til sykepleier på en medisinsk sengepost. Der møter sykepleier pasientene rett etter å at de har blitt innlagt med hjerteinfarkt, med andre ord tidlig i behandlingsforløpet. Naturligvis kan pasienten da være fysisk påvirket av hjerteinfarkt og mangle krefter til å ta til seg ny kunnskap (Tveiten, 2016, s. 144). Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i at veiledningen foregår når pasienten er i en tilstand der han ikke er sterkt påvirket av smertestillende, beroligende midler eller lignende.

1.5 Avgrensing

Både menn og kvinner kan rammes av hjerteinfarkt (Ørn, 2017, s. 167), jeg har derfor valgt å inkludere begge kjønn. Jeg har også valgt å gjøre ytterligere avgrensinger i forhold til oppgavens fokusgruppe. Fokuset vil ligge på personer i yrkesaktiv alder, for å på denne måten trekke inn det samfunnsøkonomiske perspektivet. Grunnet oppgavens omfang velger jeg å

ikke inkludere pårørende og deres rolle. Videre vil oppgaven avgrenses til å kun ta for seg ellers friske personer uten kognitiv svikt eller andre utfordringer som krever en egen tilnærming.

I denne oppgaven vil jeg se bort ifra gruppeundervisning, da individuell undervisning er et mer reelt alternativ for oppgavens kontekst. Gruppeundervisning kan være et godt alternativ ved hjertepoliklinikk (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 504) eller hjerterehabilitering (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 432). Selv om oppgavens kontekst er på sengepost har jeg allikevel inkludert hjerterehabilitering i diskusjonskapitlet. Dette er kun for å lage en sammenligning mellom ulike kontekster for veiledningssituasjonen, og hvordan det forandrer sykepleierens muligheter.

Oppgavens problemstilling benevner sykdomsmestring. Da mestring er et vidt begrep ønsker jeg å konkretisere ordets betydning i denne sammenhengen. Her vil mestring av sykdom innebære å identifisere og anvende de ressursene som er nødvendige for å håndtere en forandring (Tveiten, 2016, s. 18). Med andre ord å hjelpe pasienten til å mestre livet med nyoppstått koronarsykdom. Grunnet oppgavens omfang vil det ikke inkluderes øvrige mestringsteorier.

I løpet av oppgaven vil pasienten refereres til som «han» og sykepleier som «hun». Dette er kun for å på enkelt vis presisere de ulike rollene, ikke for å utelukke at rollefordelingen kan være ulik.

1.6 Videre disposisjon av oppgaven

Kapittel 2 vil ta for seg relevant teoretisk kunnskap. Her vil også den didaktiske relasjonsmodellen fremstilles. Kapittel 3 utgjør oppgavens metodedel som belyser anvendt metode for søk etter relevant fag- og forskningslitteratur. Inkludert i dette kapitlet er også kildekritikk og etiske overveielser. Deretter følger kapittel 4 der relevant forskning presenteres. Kapittel 5 består av oppgavens diskusjon der det teoretiske grunnlaget drøftes opp mot relevant forskningslitteratur, sammen med juridisk og etiske aspekter. Oppgavens 6. og siste kapittel vil oppsummere oppgavens innhold og besvare dens problemstilling.

2 Teoretisk grunnlag

Det teoretiske grunnlaget bygger på fagkunnskap som er relevant for oppgavens tema og problemstilling. Det teoretiske grunnlaget i denne oppgaven vil bestå av iskemisk hjertesykdom og herunder patofysiologi, behandling og risikofaktorer. Dette er for å gi leseren en bakgrunnsforståelse av sykdommen og dens konsekvenser. Videre følger psykososiale reaksjoner på iskemisk hjertesykdom. Deretter omtales mestring og empowerment før jeg går videre inn på helseveiledning og helseinformasjonforståelse. Til slutt kommer sykepleierens funksjonsområder i forhold til valgt problemstilling. Disse knyttes opp mot den didaktiske relasjonsmodellen. Denne modellen fungerer som et rammeverk for oppgaven og er relevant i bevarelsen av oppgavens problemstilling. Avslutningsvis følger juridiske og etiske føringer med tilknytning til oppgavens tema.

2.1 Iskemisk hjertesykdom

2.1.1 Patofysiologi

Sirkulasjonsforstyrrelser i hjertet skyldes at koronararteriene ikke klarer å forsyne hjertemuskelen, myokard, med nok oksygenrikt blod. Dette kan være på grunn av for trange, eller helt tilstoppede koronararterier. Når etterspørselen av oksygen til myokardcellene er større enn tilførselen fra oksygenrikt blod oppstår iskemi (Ørn, 2017, s. 167). Myokardinfarkt, eller hjerteinfarkt, er et eksempel på akutt iskemisk koronarsykdom som oppstår når myokardcellene får så lite oksygen at de dør (Ørn, 2017, s. 168).

Hjerteinfarkt kan deles inn i to hovedtyper; ikke-ST-hevningsmyokardinfarkt (NSTEMI) og ST-hevningsmyokardinfarkt (STEMI). NSTEMI oppstår når det er så store forsnævninger i en koronararterie at den ikke klarer å forsyne myokard med nok oksygenrikt blod. Dette kan vise seg på EKG som et nedtrykt ST-segment eller negativ T-takk. STEMI oppstår når det skjer en total tilstopping av en koronararterie slik at blodtilførselen stopper helt opp. Dette kan man se på EKG ved at det oppstår heving av ST-segmentet (Ørn, 2017, s. 168).

2.1.2 Risikofaktorer

Man kan dele inn risikofaktorer for å utvikle iskemisk hjertesykdom i to grupper; faktorer man selv kan gjøre noe med og faktorer man ikke kan gjøre noe med. Risikofaktorer du kan styre selv kan være fysisk inaktivitet, hypertensjon, hyperlipidemi, røyking og overvekt (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011, s. 215).

2.1.3 Behandling

Behandlingen av akutt iskemisk hjertesykdom går ut på å gjenopprette blodtilførselen til myokard. Ved STEMI er det viktig at den tilstoppede koronararterien åpnes så fort som mulig. Pasienten skal derfor ha blodfortynnende behandling snarest, og legges inn på sykehus for en akutt perkutan koronar intervensjon (PCI). Dersom det er lang reisevei til sykehus kan trombolysebehandling startes prehospitalt (Ørn, 2017, s. 171-172). Dagens behandling av akutt koronarsykdom er svært effektiv, noe som reduserer antall liggedøgn på sykehus. Dette øker bruken av poliklinisk behandling (Stubberud, 2016a, s. 23).

2.2 Psykososiale reaksjoner på akutt sykdom

Hjertesykdom kan for mange oppleves som u håndterlig da sykdommen kan oppstå fort og uforventet. Dette fører med seg konsekvenser for pasientens psykososiale behov (Ellingsen, 2016, s. 88-89). Hvordan pasienten håndterer situasjonen er individuelt og kan variere over tid. Vanlige psykososiale reaksjoner kan være angst, sårbarhet, fremmedgjøring, avhumanisering og psykisk stress (Stubberud, 2016b, s. 337). Angst kan knyttes opp til psykiske reaksjoner som utrygghet av å mangle oversikt over situasjonen. Det å føle seg avhengig av andre og miste kontroll over eget liv kan føre til en følelse av sårbarhet. Økt sårbarhet gjør pasienten mer mottagelig for psykiske påkjenninger. Fremmedgjøring kan oppstå i forbindelse med akutt sykdom fordi pasienten befinner seg i en ukjent situasjon. Dette kan igjen føre til forvirring og manglete orientering for tid og sted. Dersom pasienten opplever å miste sin autonomi og verdighet kan det føre til at pasienten kan føle seg mer som et objekt enn et menneske. Dessuten kan disse reaksjonene føre til psykisk stress. Psykisk stress kan igjen ha negative konsekvenser for pasienten i form av redusert evne til å mestre sykdommen (Stubberud, 2016b, s. 336-343). For å redusere psykisk stress er det blant annet nødvendig å øke pasientens følelse av kontroll (Stubberud, 2016b, s. 343). Personlig kontroll kan deles inn i kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll (Stubberud, 2016b, s. 344).

2.3 Mestring og empowerment

Mestring handler om menneskers evne til å håndtere utfordrende situasjoner, som for eksempel sykdom og tap av funksjon (Tveiten, 2016, s. 18). Dette fordrer at pasienten har tilgang på nødvendige ressurser som kunnskap og ferdigheter, samt har evnen til å ta i bruk disse ressursene (Tveiten, 2016, s. 18). Etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt er en sentral del av rehabiliteringen å lære seg å håndtere sykdommen (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 422). Empowermentbegrepet omtaler pasientens evne til å ta en aktiv rolle i eget liv (Tveiten, 2016,

s. 27). Dette innebærer å lære seg å ta i bruk de ressursene som er nødvendig for mestring (Stubberud, 2016b, s. 363). Empowermentprosessen kan forstås som samhandlingen mellom pasienten og helsepersonell der hensikten er å styrke pasientens mestringskompetanse (Tveiten, 2016, s. 31). I denne prosessen er det viktig at sykepleieren forstår pasienten som en likeverdig part der målet er samhandling, ikke belæring. Å gjøre pasienten til en aktiv deltager vil med andre ord øke hans evne til å ivareta egen helse og dermed fremme hans evne til mestring etter utskrivelse (Stubberud, 2016b, s. 363). Undervisning og veiledning er sentralt i prosessen for å øke pasientens empowerment og påfølgende mestring (Stubberud, 2016b, s. 365). Dette er for å gi pasienten den nødvendige kompetansen og mestringsstroen til å kunne ivareta egen helse når han kommer hjem.

2.4 Helseveiledning og helseinformasjonforståelse

Helseveiledning kan forstås som en undervisningsprosess der målet er å hjelpe pasienten til å mestre helseutfordringer. Helseveiledning handler ikke om å fortelle pasienten hva han skal gjøre, men være til hjelp slik at han selv oppdager hvilke handlinger som er nødvendige, eller hva som står i veien for at endring kan skje (Christiansen, 2013b, s. 14). Pasienten som har gjennomgått et hjerteinfarkt vil ha behov for helseveiledning i prosessen for å lære seg å leve videre med sykdommen. Begreper som informasjon og undervisning sentrale innenfor helseveiledning. Sykepleieren må formidle informasjon til pasienten som er nødvendig for at han skal forstå og mestre den nyoppståtte tilstanden. Informasjonen må formidles på en måte som gjør at pasienten ikke bare blir fortalt, men forstår og tar i bruk den nye kunnskapen (Tveiten, 2016, s. 90-91). Personsentrert sykepleie handler om at samhandlingen mellom pasienten og sykepleieren skal baseres på likeverd, og vektlegge pasientens ønsker og verdier. Dette setter også krav til samarbeidet mellom sykepleieren og pasienten (Sørli & Bergvik, 2013, s. 84-86).

Helseinformasjonforståelse kan forklares som en persons evne til å vurdere hva som er pålitelige kilder til helseinformasjon, samt en persons evne til å forstå skriftlig og muntlig informasjon. I en helseveiledningssituasjon er det sentralt å vurdere pasientens helseinformasjonforståelse, for å unngå at det oppstå misforståelser og sikre at pasienten blir tilstrekkelig informert. Dette er noe sykepleieren må være bevisst på slik at hun kan forsikre seg om at informasjonen formidles på en forståelig måte (Tveiten, 2016, s. 44).

2.5 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon med den didaktiske relasjonsmodell som verktøy

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon handler om å se og møte pasientens behov for nødvendig kunnskap for å styrke pasientens evne til å ivareta egen helse (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 19). Da vil det være sentralt å undervise pasienten om nyoppstått sykdom. Etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt sitter pasienten gjerne med spørsmål om hvordan han skal leve videre med sykdommen, hvordan den vil påvirke hverdagen videre og hva han kan forvente av påkjenninger i hverdagslige aktiviteter når han kommer hjem. I tillegg kan han oppleve usikkerhet rundt symptomer og tegn på forverring, og hvordan han skal håndtere dette (Ellingsen, 2016, s. 88-89). Den didaktiske relasjonsmodell kan være til hjelp i å strukturere veiledningen (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 500).

2.5.1 Den didaktiske relasjonsmodellen

Didaktikk handler om hvordan man underviser og hvordan undervisningen er bygget opp for å treffe målgruppen. Her er også undervisningens innhold sentral (Christiansen, 2013a, s. 42). Den didaktiske relasjonsmodellen er en modell som kan være nyttig å anvende til helseveiledning (Christiansen, 2013a, s. 44). Det finnes flere beskrivelser av denne modellen men denne oppgaven vil anvende versjonen til Christiansen (2013). Modellen ble opprinnelig beskrevet av Bjørndal og Lieberg (1978). Christiansen (2013) tar utgangspunkt i den opprinnelige modellen, men skaper et tydeligere helsefaglig perspektiv. Modellen inneholder seks punkter som har gjensidig innvirkning på helseveiledningen (Christiansen, 2013a, s. 44). Under følger innholdet i disse punktene med utgangspunkt i oppgavens tematikk.

- **Pasientens forutsetninger for læring og mestring**

Pasientens forutsetninger for læring og mestring omhandler forhold som kan påvirke pasientens evne til å tilegne seg ny kunnskap. Dette kan være forhold som alder og modenhet, tidligere erfaringer, og bakgrunn som kultur og språk. Videre er sykdomstilstand og sykdomsfasen sentrale punkter som kan påvirke pasientens forutsetninger. Det samme gjelder pasientens syn og tanker om egen sykdomstilstand (Christiansen, 2013a, s. 45-47). Pasienten kan sitte med oppfatninger som kan ha innvirkning på det videre sykdomsforløpet (Sørli & Bergvik, 2013, s. 83).

- **Situasjon og kontekst, menneskelige og materielle ressurser**

Situasjonen pasienten befinner seg i, og pasientens opplevelse av denne setter krav til sykepleiers tilnærming når undervisningen skal gis. Det samme gjelder omgivelsene og menneskelige ressurser i form av helsepersonell og medpasienter. Pasientens evne til å tilegne seg kunnskap kan påvirkes av situasjonens alvorlighetsgrad (Christiansen, 2013a, s. 50). Å oppleve et hjerteinfarkt kan for mange oppleves som en akuttsituasjon (Ellingsen, 2016, s. 89). Slike situasjoner kan prege pasienten i form av psykososiale reaksjoner, noe som kan berøre hans veiledningsbehov (Christiansen, 2013a, s. 51). Det samme gjelder å være i ukjente omgivelser med ukjente rutiner, der man kan føle manglende kontroll over eget liv (Christiansen, 2013a, s. 52).

- **Mål, ønsker, behov og verdier**

Dette punktet handler om hva pasienten og sykepleieren jobber mot i helseveiledningssituasjonen. En sentral del er å sette mål, og da er det gunstig at pasienten er delaktig. Det er viktig at pasienten får tydeliggjort de ønsker og behov han har. Å utøve medbestemmelse kan være med på å styrke pasientens motivasjon og hjelpe han til å bli mer bevisst på hva som skal til for å nå de satte målene. Dette fordrer en god dialog mellom pasienten og sykepleieren slik at de kommer til enighet og får en felles forståelse (Christiansen, 2013a, s. 59-60).

- **Innhold**

Hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt er det relevant å planlegge undervisningens innhold opp mot å lære seg å mestre livet med nyoppstått hjertesykdom. Her kan relevante momenter være temaer som sykdomslære og gjennomgått behandling. Videre er det relevant å belyse eventuelle komplikasjoner som kan oppstå og symptomer på disse, hvilke forventninger pasienten kan ha til smerter og nyoppståtte, hverdagslige utfordringer (Ellingsen, 2016, s. 89). Innholdet skal være basert på sykepleiers bakgrunnskunnskaper om den gitte sykdomstilstanden, bakenforliggende årsaker og risikofaktorer, samt behandling og medikamenter. Sykepleieren må ha gode kunnskaper om tilstanden for å kunne gi tilstrekkelig undervisning. Videre er det sentralt av helseveiledningens innhold er tilpasset den enkeltes individuelle behov (Christiansen, 2013a, s. 61-62).

- **Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid**

Metodiske punkter i helseveiledning handler om hvordan sykepleieren går frem under veiledningen. Dette innebærer ikke bare å lytte og informere, men også å spørre, støtte og gi råd. Her spiller empowerment en sentral rolle da pasientens medvirkning på helseveiledningen kan ha effekt på utfallet (Christiansen, 2013c, s. 67-68). Det er ulike undervisningsmetoder som kan benyttes (Tveiten, 2016, s. 147). Individuell undervisning legger opp til en personsentrert tilnærming som kan være gunstig i møte med den aktuelle pasientgruppen (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 504). Det kan for noen være gunstig å dele ut skriftlig informasjon i tillegg, og la undervisningen ta utgangspunkt i denne (Tveiten, 2016, s. 148). Det samme gjelder bruken av andre hjelpemidler (Tveiten, 2016, s. 158).

- **Vurderinger**

Veiledningens hensikt må til enhver tid være tydelig for å kunne vurdere om veiledningen er hensiktsmessig. I dette tilfellet vil hensikten være å øke pasientenes forståelse av egen, nyoppstått hjertesykdom slik at han kan finne en måte å leve med den på. Vurderinger må ikke bare gjøres etter gitt veiledning, men også underveis i veiledningen. Dette vil hjelpe veilederen å få inntrykk av hvor i prosessen pasienten befinner seg, hvilke faktorer som påvirker prosessen og hvilke endringer er nødvendige for å forbedre pasientens læring (Christiansen, 2013c, s. 74). Vurderinger må også gjøres avslutningsvis for å påse at veiledningens hensikt er nådd (Tveiten, 2016, s. 157).

2.6 Juridisk rammeverk og de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Sykepleierens oppgaver og ansvar reguleres av lovverk (Molven, 2006, s. 22). Pasientrollen innebærer lovfestede rettigheter, jamfør pasient- og brukerrettighetsloven. Nedfelt i denne lovens §3-1 og §3-5 omtales pasientenes rett på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helse, for å deretter kunne ta avgjørelser som er riktige for egen helse. Videre presiserer lovverket at informasjonen pasienter mottar skal være individuelt tilpasset den enkeltes behov, slik at informasjonen blir forstått uavhengig av pasientens forutsetninger (Pasient- og Brukerrettighetsloven, 1999). Da oppgavens kontekst er på sykehus er det også relevant å inkludere spesialisthelsetjenesteloven. Denne lovens §3-8 benevner blant annet opplæring av pasienter og deres pårørende som en av sykehusets oppgaver (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Med andre ord er sykepleieren lovfestet å utøve sin undervisende funksjon.

Grunnlaget for sykepleiernes arbeid ligger også i «de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere». Disse er utarbeidet av Norsk Sykepleieforbund med utgangspunkt i internasjonale etiske retningslinjer for å sikre at sykepleiere utøver høy etisk standard i sitt arbeid (Sneltvedt, 2005, s. 89). Punkt 2.5 presiserer sykepleierens plikt til å gi pasienten mulighet til å ta selvstendige valg ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt påse at denne er forstått. Punkt 2.3 sier at sykepleier skal gi pasienten helhetlig omsorg (Norsk Sykepleieforbund, 2020). Dette handler om å ivareta alle pasientens behov og se hans situasjon som en helhet. Disse retningslinjene vil også være sentrale i forhold til sykepleierens veiledningsansvar i møte med hjerteinfarktpasienten på sykehus.

Samhandlingsreformen ble utarbeidet som et rammeverk for å effektivisere landets helsetjenester. Et av reformens tiltak var å styrke spesialisthelsetjenesten mulighet til å utøve spesialistkompetanse. Dette medfører raskere utskrivelse fra sykehus og dermed et større ansvar for rehabiliteringen og oppfølging i kommunehelsetjenesten. Dette setter krav til samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009).

3 Metode

3.1 Litterær oppgave med litteratursøk som metode

Dette er en litterær oppgave. Det vil si at den baseres på eksisterende fag- og forskningslitteratur (Dalland, 2018, s. 207). Oppgavens metode er litteratursøk som betyr at det er gjort søk etter relevant fag- og forskningslitteratur for å kunne besvare oppgavens problemstilling. I dette avsnittet vil søkehistorikken beskrives, deretter vil valg av fag- og forskningslitteratur begrunnes før det følger kritikk av valgte referanser. Avslutningsvis belyses relevante etiske overveielser.

3.2 Søkehistorikk

For å finne relevant forskning til oppgavens diskusjon søkte jeg i databaser via skolens bibliotek. Her valgte jeg å hovedsakelig bruke CINAHL, da dette er en database jeg har god erfaring med fra tidligere oppgaver i løpet av sykepleieutdanningen. Jeg synes databasen er oversiktlig og har et godt utvalg av relevant og nyere forskning. Jeg har også gjort søk i Sykepleien Forskning, men fant ingen studier med relevans for min oppgave.

Søkene besto av en kombinasjon av relevante søkeord. Søkeordene fant jeg frem til ved bruk av meSH og via andre artikler jeg fant underveis. Ettersom jeg ønsket å finne forskning som belyste sykepleierens rolle i møte med pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt brukte jeg søkeordene «Myocardial infarction» og «Acute coronary syndrome». De resterende søkeordene ble deretter variert i forsøk på å finne forskning som belyste temaer av interesse. For eksempel ble søkeordet «inpatient» brukt for å utelukke forskning med poliklinisk kontekst, og «patient education» for å finne forskning der pasientundervisning ble omtalt. I tillegg til å bruke utvalgte søkeord avgrenset jeg søkene i forhold til språk og publiseringsår. Jeg huket også av for fagfelleverderte artikler da dette fungerer som en kvalitetssikring av forskningen. Disse avgrensningene ble satt for å begrense antall treff og for å sikre at jeg kun fant forskning som var anvendbar i min oppgave. Jeg satte nedre grense for publiseringsårstall på 2010 for å ikke få opp forskning som var eldre enn ti år. Dette var for å sikre studienes relevans til dagens behandling av hjerteinfarkt.

Når søket var gjort leste jeg titler og abstrakt for å finne artikler av interesse. Ettersom jeg fant mye spennende og relevant forskning med søkene beskrevet i avsnittet over valgte jeg å ikke gjøre ytterligere avgrensninger. For å sikre at jeg fant forskningsartikler brukte jeg IMRaD-

struktur som en tommelfingerregel. Dette er en standardstruktur som brukes for forskning i tidsskrifter for å på enkelt vis få et rask overblikk over forskningens innhold (Dalland, 2018, s. 163).

3.2.1 Tabell 1: søkehistorikk

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord	Antall treff	Avgrensinger	Antall treff	Valgt artikkel
1.	09.01.2020	CINAHL	«Myocardial infarction» AND «Patient education» AND «Inpatient»	14	Engelsk og norsk språk Fagfelleverdert Publisert mellom 2010 og 2020	14	«What have our patients learnt from being hospitalized for an acute myocardial infarction?»
2.	27.11.2019	CINAHL	«Myocardial infarction» AND «Perception» AND «Motivation»	7	Engelsk og norsk språk Fagfelleverdert Publisert mellom 2010 og 2020	5	«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»
3.	18.03.2020	CINAHL	«Communication» AND «Nursing care» AND «Time management»	68	Engelsk og norsk språk Fagfelleverdert Publisert mellom 2010 og 2020	47	«The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work»

4.	01.04.2020	CINAHL	«Self-efficacy» AND «Acute coronary syndrome» AND «Outcomes (health care) »	8	Engelsk og norsk språk Fagfellevurdert Publisert mellom 2010 og 2020	8	«Effects on person-centred care on health outcomes-A randomized controlled trial in patients with acute coronary syndrome»
----	------------	--------	---	---	--	---	--

3.2.2 Kjedesøk

I tillegg til søkene i CINAHL fant jeg også forskning via kjedesøk. Studien til Broadbent et al. (2006) ble referert til i Christiansen (2013). Da studiens tema fremsto som relevant for denne oppgavens problemstilling ønsket jeg å bruke primærkilden i oppgaven og fant denne ved å søke på artikkelens tittel. Det samme gjelder studien til McKinley et al. (2009). Denne ble referert til i Broadbent et al. (2006). Jeg synes studien hørt svært interessant ut og søkte meg derfor frem til den ved å bruke artikkelens tittel.

3.3 Anvendt faglitteratur

I løpet av oppgaven har jeg i stor grad forholdt meg til Stubberud (2016) og hans tilnærming til sykepleie av hjertesyke mennesker. Dette er fordi han belyser flere av temaene jeg omtaler i denne oppgaven. For å utdype den teoretiske delen om hjertesykdom har jeg supplert med fagstoff fra «Sykdom og behandling» (Ørn, 2017). Denne referansen anser jeg som et godt valg da den brukes som pensum i skolens undervisning om sykdomslære.

Den didaktiske relasjonsmodellen brukes som rammeverk for denne oppgaven. Denne modellen beskrives av flere forfattere, men jeg har valgt å holde meg til Christiansen (2013) da denne versjonen har et tydelig helsefaglig perspektiv. Jeg har også brukt andre synspunkter på helseveiledning beskrevet i Christiansens (2013). I tillegg har Tveiten (2016) nyttige perspektiver på undervisning og veiledning, denne er derfor brukt som supplement i forhold til helsepedagogikk.

3.4 Kildekritikk og etiske overveielser

Kildekritikk handler om å være kritisk til hvordan man har funnet referanser, og måten man anvender og vurderer disse (Dalland, 2018, s. 149). I utøvelsen av kildekritikk må man vurdere kildens troverdighet i form av hva slags type kilde det er og hvor den er publisert. Videre må man vurdere kildens relevans til oppgavens tema (Dalland, 2018, s. 152-157).

3.4.1 Faglitteratur

Som nevnt over er den didaktiske modellen, som andre didaktiske modeller i utgangspunktet utformet for bruk i skolen (Christiansen, 2013a, s. 44). Jeg valgte å anvende Christiansen (2013) sin versjon da den opprinnelige modellen av Bjørndal og Lieberg (1978) ikke er like overførbart til helsevesenet. Videre har jeg anvendt kapitler i Stubberud (2016) som er utformet for andre kontekster enn på sengepost, henholdsvis hjerterehabilitering og hjertepoliklinikk. Selvom disse kapitlene er utarbeidet for en annen kontekst, mener jeg det utvalgte fagstoffet allikevel er overførbart til denne oppgaven.

3.4.2 Forskningslitteratur

Forskningens relevans for valgt problemstilling kan påvirkes av geografi (Dalland, 2018, s. 157). Studiene anvendt i denne oppgaven er fra flere steder i verden; Australia (Boyde et al., 2015; McKinley et al., 2009), New Zealand (Broadbent et al., 2006), Storbritannia (Dullaghan et al., 2014) og Hong Kong (Chan, Jones & Wong, 2013). Ut ifra studienes bakgrunn og metode forstår jeg det som at behandlingen av hjerteinfarkt i disse landene er nokså likt som i Norge. Da oppgavens problemstilling også kan være relevant i gitte land, mener jeg valgt forskning også kan brukes her. Samtidig kan det diskuteres hvorvidt organiseringen av helsetjenestene i disse landene er sammenlignbart med Norge, for eksempel i forhold til bruk av rehabilitering og samarbeidet mellom ulike helsetjenester. Dette har jeg tatt med i vurderingen av utvalgt forskning.

Som nevnt i beskrivelsen av oppgavens søkehistorikk har jeg i utgangspunktet søkt etter forskning som ikke er eldre enn ti år. Dette er for å finne forskning med mest mulig relevans for dagens samfunn. Forskningen utført av Broadbent et al. (2006) og McKinley et al. (2009) er eldre enn ti år. Jeg har allikevel valgt å inkludere disse da jeg mener forskningens innhold fortsatt er relevant for oppgavens problemstilling. Videre har jeg valgt å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning. Dette er fordi jeg mener problemstillingen kan besvares ut ifra begge perspektiv. Å bruke både kvantitativ og kvalitativ forskning gir en nyansert fremstilling av temaet. På den måten belyses problemstillingen ut ifra konkrete tiltak og tiltakenes effekt, samt pasienter og sykepleieres kvalitative aspekter på valgt tema.

Jeg ønsker også å si noe om kontekstuell relevans opp mot valgte studier. Intervensjonen til McKinley et al. (2009) foregikk poliklinisk, derfor kan studiens relevans til denne oppgavens diskuteres. Det kan settes spørsmål ved hvorvidt intervensjonen ville vært relevant på en

sengepost, dette utdypes i kapittel 5. I likhet foregår ikke forskningen til Chan et al. (2013) på en kardiologisk sengepost. Samtidig ligger studiens fokus på hvordan sykepleiernes arbeid på sykehus fungerer, uavhengig av type avdeling. Derfor anser jeg forskningen innhold som relevant på en hvilken som helst sengepost.

I forhold til bruken av primær- og sekundærlitteratur har jeg så langt det har latt seg gjøre brukt primærkilder. Et eksempel der jeg heller valgte å anvende sekundærkilden er studien til Sand-Jecklin & Coyle (2014) som refereres til i Tveiten (2016). Ettersom jeg ikke går grundig inn i selve forskningen som ble gjort valgte jeg å heller bruke sekundærkilden.

3.4.3 Etiske overveielser

Ettersom dette er en litterær oppgave har jeg vektlagt å bruke korrekt kildehenvisning da dette inngår i etiske aspekter i akademisk skriving. Dette kommer også frem i §31 av skolens lovverk der det beskrives at manglende kildehenvisning kan anses som fusk og føre til utestenging fra skolen (Forskrift om studier og eksamen ved LDH, 2013). Til slutt står egne erfaringer som en sentral del av bakgrunnen for valgt tema. Her vil jeg overholde taushetsplikten ved at arbeidssted, kolleger og pasienter anonymiseres.

4 Presentasjon av forskningsresultater

4.1 Funn

I dette kapittelet vil hovedfunnene oppsummeres. Øvrige detaljer om de ulike forskningsartiklene presenteres i tabell 2.

Forskningen belyser både pasientens og sykepleierens perspektiver på helseveiledning og kunnskapsheving etter hjerteinfarkt. En studie viser at man ikke kan trekke linjer mellom opplevd risiko for å oppleve et nytt hjerteinfarkt og den reelle risikoen. Et annet studie sier noe om hvordan den behandlingen pasienter mottar kan påvirke hans oppfatning av sykdommen. Videre belyser forskningen hvorvidt pasienter er mottagelige for informasjon kort tid etter et hjerteinfarkt og hvilken effekt en personsentrert tilnærming vil kunne ha på pasientenes mestring. Oppgavens diskusjon vil også trekke inn tidsaspektet rundt sykepleieryrket, der en kvalitativ studie belyser hvordan tidsklemma utfordrer sykepleieryrket. Det kan også stilles spørsmål ved hvor mye tid som kreves for å gi tilstrekkelig informasjon. En studie finner at en kort og effektiv undervisningsintervensjon ga gode resultater.

4.2 Tabell 2: artikkelmatrise

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskift	Hensikt	Metode	Funn
1.	E. Broadbent, K. J. Petrie, C. J. Ellis, J. Anderson, G. Gamble, D. Anderson & W. Benjamin (2006)	« <i>Patients with acute myocardial infarction have an inaccurate understanding of their risk of a future cardiac event</i> »	Internal Medicine Journal	Hensikten var å undersøke om pasientens egen oppfatning av risiko for å oppleve et nytt hjerteinfarkt hadde sammenheng med kliniske vurderinger av risiko.	<u>Kvantitativ metode:</u> 79 pasienter svarte på et spørreskjema før utskrivelse fra sykehus. Svarene ble sammenlignet med resultatene fra en risikovurdering (TIMI risk score) og pasientens troponinverdier.	Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom pasientenes egen risikooppfatning og TIMI risk score eller troponinnivåer. Høyere oppfattet risiko ble assosiert med verre konsekvenser av hjerteinfarkt og mindre tro på fordelene av behandlingen.
2.	M. Boyde, K. Grenfell, R. Brown, S. Bannear, N. Lollback, J. Witt, L.	« <i>What have our patients learnt from being hospitalized for an acute myocardial infarction?</i> »	Australian Critical Care	Å undersøke atferden til pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt, samt deres kunnskap, holdninger og	<u>Kvalitativ metode:</u> observasjonsstudium av pasienter diagnostisert med akutt hjerteinfarkt. Pasientene	Ved utskrivelse hadde 39% av pasientene utilstrekkelig kunnskap om symptomer på akutt koronarsykdom. Holdninger og oppfatninger rundt

	Jiggings & L. Aitken (2015)			oppfatninger i forhold til risikofaktorer for iskemisk hjertesykdom.	besvarte et spørreskjema under innleggelsen og 10 uker etter utskrivelse. Spørreskjemaet omhandlet kardiovaskulære risikofaktorer og atferd i forhold til symptomer på akutt koronarsykdom (ACS Response index).	disse ble signifikant forbedret i etterkant. 85% av deltagerne indikerte ved utskrivelse at de ønsket å delta i et rehabiliteringsprogram, kun 30% hadde deltatt ved oppfølgingen og 25% hadde meldt seg på med enda ikke deltatt.
3.	L. Dullaghan, L. Lusk, M. McGeough, P. Donnelly, N. Herity & D. Fitzsimons (2014)	« <i>I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!</i> » <i>Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention</i> »	European Journal of Cardiovascular Nursing	Å observere og sammenligne sykdomsoppfatning og motivasjon for atferdsendring hos pasienter i etterkant av hjerteinfarkt, som mottok ulik sykdomsbehandling.	Kvalitativ metode: semi-strukturerte intervjuer ble gjennomført med tre grupper; STEMI behandlet med PCI, STEMI behandlet med trombolysedose og NSTEMI.	STEMI-pasientene som ble behandlet med PCI eller trombolysedose opplevde situasjonen som akutt og livstruende og var dermed mer motiverte for livsstilsendringer. NSTEMI-pasientene opplevde derimot usikkerhet rundt diagnosen, noe som resulterte i misoppfatninger av tilstandens alvorlighetsgrad. Dette resulterte i mindre motivasjon til å gjøre livsstilsendringer.
4.	E. A. Chan, A. Jones & K. Wong (2013)	« <i>The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time</i> »	Journal of Advanced Nursing	Å undersøke sykepleieres opplevelser av tid i forhold til sykepleierket.	Kvalitativ metode: individuelle intervjuer med fem sykepleiere i ulike jobber. Dataene ble samlet inn og analysert ved bruk av en narrativ tilnærming.	Forsøk på å effektivt arbeid kunne ha negativ effekt på omsorgen til pasientene. Sykepleierne beskriver å arbeide opportunistisk i forsøket på å finne tid til å kommunisere med pasientene.

		<i>on registered nurses' work»</i>				
5.	S. McKinley, K. Dracup, D. K. Moser, B. Riegel, L. V. Doering, H. Meischke, L. M. Aitken, T. Buckley, A. Marshall & M. Pelter (2009)	<i>«The effect of a short one-to-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial»</i>	International Journal of Nursing Studies	Å finne effekten av en undervisningsintervensjon med fokus på pasienters kunnskap, holdninger og oppfatninger i forhold til symptomer på akutt koronarsykdom.	<u>Kvantitativ metode:</u> RCT studie med 3522 koronarsyke pasienter. Intervensjonsgruppen: 40 minutter individuell undervisning. Kontrollgruppen: standard oppfølging. Kunnskap, holdninger og oppfatninger ble undersøkt ved bruk av ACS Response Index ved oppstart, tre og tolv måneder etter.	Intervensjonsgruppen viste signifikante forbedringer av kunnskapsnivå, holdninger og oppfatninger i forhold til kontrollgruppen ved oppfølgingen etter tre måneder. Disse forbedringene ble opprettholdt til neste oppfølging etter tolv måneder.
6.	L. Pirhonen, E. H. Olofsson, A. Fors, I. Ekman & K. Bolin (2017)	<i>«Effects on person-centered care on health outcomes-A randomized controlled trial in patients with acute coronary syndrome»</i>	Health Policy	Å studere effekten av personsentrert omsorg utøvd på pasienter med akutt koronarsykdom i forhold til fire helserelaterte utfall.	<u>Kvantitativ metode:</u> RCT studie. Kontrollgruppen bestående av 94 pasienter og intervensjonsgruppen av 105 pasienter. Effekten av intervensjonen ble vurdert opp mot sosioøkonomiske faktorer.	Pasientene i intervensjonsgruppen viste signifikante forbedringer i forhold til mestring. Disse pasientene viste også forbedringer i forhold til de resterende utfallene, men resultatene her var ikke signifikante.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg med utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen diskutere oppgavens problemstilling i lys av beskrevet teori og forskning. Der det er relevant vil også egne erfaringer bli trukket inn. Oppgavens problemstilling er:

På hvilken måte kan sykepleier på sengepost gjennom helseveiledning bidra til økt sykdomsmestring hos pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt?

5.1 Pasientens forutsetninger for læring

På en sengepost vil sykepleieren møte mange ulike pasienter. Faktorer som livssituasjon, alder, bakgrunn, tidligere erfaringer og forståelse av nåværende situasjon påvirker personens behov i veiledningssituasjonen (Tveiten, 2016, s. 143-144). Dette er med på å danne hans forutsetninger for læring og setter av den grunn krav til veiledningen.

Jamfør pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 og §3-5 har man som sykepleier en plikt til å informere sine pasienter. Informasjonen skal være tilpasset slik at den er forståelig uavhengig av pasientens individuelle forutsetninger (Pasient- og Brukerrettighetsloven, 1999). Dette fremgår også i punkt 2.5 av de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleieforbund, 2020). Utfordringer sykepleier står ovenfor her kan belyses med eksempler. Pasienter med minoritetsbakgrunn kan ha utfordringer med språkforståelse. Her må behovet for tilpasset språkbruk vurderes slik at sykepleieren gjør seg forstått. I denne sammenhengen kan det være relevant å vurdere behovet for tolk. Videre vil sykepleieren både møte pasienter som har hatt hjerteinfarkt tidligere, og pasienter som opplever det for første gang. Da er det viktig at sykepleieren ikke tenker at pasienten som allerede har hatt et hjerteinfarkt behøver mindre informasjon enn pasienten som ikke har hatt det, ettersom han har vært gjennom lignende situasjon tidligere. Motsetningsvis kan denne pasienten ha et større veiledningsbehov, da det kan tenkes at det er nettopp på grunn av manglende sykdomsforståelse at han er innlagt på nytt.

Annet helsepersonell som leger og sykepleiere blir også syke. Det er fristende å tenke at disse pasientene ikke har samme informasjonsbehov som andre pasienter ettersom de allerede sitter med bakgrunnskunnskap. Tvert imot kan disse pasientene ha et økt informasjonsbehov, da nettopp denne kunnskapen kan føre til økt engstelighet (Tveiten, 2016, s. 144). Forøvrig skjer

det kontinuerlig utvikling av helse- og omsorgstjenester. Dette gjør det utfordrende for helsepersonell å være oppdatert, spesielt dersom de arbeider og spesialiserer seg innenfor et annet fagfelt enn kardiologi.

Innledningsvis i en helseveiledningssituasjon er det viktig å undersøke hva slags tanker pasienten sitter med, ettersom hans forståelse av situasjonen kan være basert på uriktige oppfatninger (Sørli & Bergvik, 2013, s. 83). Broadbent et al. (2006) finner at pasientenes egenoppfattede risiko for å oppleve et nytt hjerteinfarkt ikke samsvarer med den reelle risikoen. Videre hevdes det at pasientene som selv opplevde å ha høy risiko var syke over lenger tid og merket større påvirkning av sykdommen. Disse pasientene satt også igjen med minst tro på egen evne til å redusere risikoen for et nytt hjerteinfarkt. Dette fikk konsekvenser for deres rehabilitering i form av økt usikkerhet rundt fysisk aktivitet, slik at pasientene ikke tilstrebet å være så aktive som anbefalt (Broadbent et al., 2006). I tilfeller som dette er det viktig å kartlegge pasientens opplevelse av egen risiko og forsøke å motvirke slike negative følger.

En annen faktor som kan påvirke rehabiliteringens utfall er ulikheter i behandlingen og hvordan dette kan påvirke pasientens oppfatning av situasjonen. Behandlingen av STEMI og NSTEMI er noe ulik. Da STEMI behandles som en mer akutt tilstand enn NSTEMI kom det frem i en undersøkelse av Dullaghan et al. (2014) at pasienter med STEMI opplevde sykdommen som mer alvorlig og derfor var mer motiverte til å gjøre livsstilsendringer enn NSTEMI-pasientene som misforsto sykdommens alvorlighetsgrad. NSTEMI-pasientene var dermed mindre motiverte til å gjøre anbefalte livsstilsendringer (Dullaghan et al., 2014). Samtidig er dagens behandling av hjerteinfarkt effektiv. Det samme studiet viser at noen av STEMI-pasientene som mottok prehospital trombolysbehandling opplevde rask bedring av symptomer; allerede før ankomst til sykehuset. De fikk dermed et feilaktig inntrykk av hvor alvorlig tilstanden egentlig var. NSTEMI er imidlertid en vanskeligere diagnose å stille og krever i noen tilfeller ikke behandling i form av PCI. Dermed tolket noen av disse pasientene diagnosen som mild (Dullaghan et al., 2014). Dullaghan et al. (2014) viser hvilken påvirkning selve behandlingen kan ha på pasientens forståelse av situasjonen, og understreker viktigheten av at sykepleieren dekker pasientens informasjonsbehov.

Både Dullaghan et al. (2014) og Broadbent et al. (2006) belyser konsekvensene av å ikke ta hensyn til pasientenes forutsetninger. Dersom dette hadde blitt undersøkt på forhånd slik at

pasientene kunne blitt veiledet på bakgrunn av sine forutsetninger, kunne det muligens ha gitt pasientene en bedre forståelse av sykdommen. Dette ville igjen ha lagt et bedre grunnlag for pasientens videre sykdomsmestring.

I dagens samfunn har internett en viktig rolle og er en sentral informasjonskilde for mange, også for informasjon om sykdom og helse (Tveiten, 2016, s. 184). Dette byr på utfordringer fordi en ikke kan garantere at informasjonen som er tilgjengelig på internett er riktig, eller at pasientens forståelse av det han leser er korrekt (Tveiten, 2016, s. 44). Det vil si at pasienter i mange tilfeller kan bli innlagt med uriktige tanker om egen sykdom og helse, og dermed ha et dårligere utgangspunkt for læring enn andre.

Pasienten kan også ha problemer med å forstå informasjonen han mottar under innleggelsen. Helseinformasjonforståelse handler om i hvor stor grad en person evner å forstå helseinformasjon han mottar muntlig eller skriftlig. Lav helseinformasjonforståelse øker risikoen for feiloppfatninger. Videre viser forskning også at personer med lav helseinformasjonforståelse ofte stiller færre spørsmål og er mindre interessert i å motta informasjon om egen sykdom, noe som igjen blant annet øker sannsynligheten for redusert helsekvalitet (Sand-Jecklin & Coyle, 2014; Tveiten, 2016). I en veiledningssituasjon må derfor sykepleieren vurdere pasientens evne til å forstå informasjonen som gis slik at den kan tilpasses hver enkelt og på den måten oppnå tilsiktet effekt.

Imidlertid kan det være utfordrende for sykepleier å oppdage hvem som eventuelt har nedsatt evne til å forstå helseinformasjon. Sand-Jecklin & Coyle (2014) undersøkte effekten av screeningverktøy for å oppdage pasientenes grad av helseinformasjonforståelse og hevder dette kan være et nyttig hjelpemiddel. Det forutsetter imidlertid at et slikt verktøy er utformet på en måte som ikke truer pasientens integritet (Sand-Jecklin & Coyle, 2014; Tveiten, 2016).

5.2 Situasjonelle faktorer

Å gjennomgå et hjerteinfarkt kan for mange oppleves som en krise (Ellingsen, 2016, s. 89), i tillegg kan mange oppleve det å være innlagt på sykehus som en utrygg situasjon (Stubberud, 2016b, s. 334). Akutt koronarsykdom kan for mange oppstå raskt og uforventet. Dette fører til utfordringer både for pasienten og sykepleieren. Pasienten får kort tid til å forstå sykdommen og hva det innebærer å leve med denne, og sykepleieren har redusert tid til å gi pasienten tilstrekkelig veiledning (Sørli & Bergvik, 2013, s. 79-80). I etterkant av akutt sykdom kan

pasienten sitte igjen med spørsmål om hvordan livet vil arte seg med den nyoppståtte sykdommen (Ellingsen, 2016, s. 89). Dette kan utløse flere psykososiale reaksjoner, som stress og angst (Stubberud, 2016b, s. 337). I følge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 2.3 skal sykepleieren utøve helhetlig omsorg (Norsk Sykepleieforbund, 2020). Dette innebærer også å ivareta pasientens psykososiale behov.

Som akutt og kritisk syk er man i stor eller liten grad avhengig av andres hjelp, og man kan derfor oppleve å miste kontrollen over eget liv. Instrumentell kontroll er en følelse av å selv ha kontroll og ikke være avhengig av andres hjelp (Stubberud, 2016b, s. 363). Å være informert kan fremme instrumentell kontroll, da et dekket informasjonsbehov fører til forutsigbarhet og oversikt over situasjonen og hva som vil skje i fremtiden (Stubberud, 2016b, s. 357). På den andre siden kan det å informere pasienter være utfordrende sett i lys av den alvorlige situasjonen. I undersøkelsen til Boyde et al. (2015) kommer det frem at 95% av pasientene fikk undervisning av en sykepleier under innleggelsen, men at kun 56% av disse kunne minnes å ha mottatt slik undervisning i etterkant. Dette er til tross for at pasienter med kognitiv svikt ble ekskludert fra undersøkelsen. Flere mulige årsaker diskuteres, eksempelvis manglende oppmerksomhet når informasjonen gis, for mye informasjon gitt på en gang, vanskeligheter med å håndtere sykdommen og engstelighet (Boyde et al., 2015). Psykososiale forhold kan også påvirke pasientens kognitive evner, for eksempel pasientens hukommelse slik at han kan ha problemer å huske alt han blir fortalt. Likevel presiseres det i spesialisthelsetjenesteloven §3-8 at å drive opplæring av sine pasienter er en av sykehusets oppgaver (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Dette beskriver eksempler på utfordringer sykepleieren kan møte i forsøk på å ivareta sin undervisende funksjon. Det å ta hensyn til pasientens psykososiale reaksjoner vil imidlertid være vanskelig å gjennomføre i praksis med tanke på mangel på tid og kontinuitet i sykepleierens arbeid. Dette diskuteres nærmere i avsnittene under.

5.3 Innhold og metodikk med utgangspunkt i pasientens mål, ønsker og behov

På sykehus kan man si at pasientinformasjon i mange tilfeller vil være standardisert, på lik linje med andre oppgaver og prosedyrer (Sørli & Bergvik, 2013, s. 84). For at pasientene skal engasjere seg i undervisningen er det nødvendig at han opplever undervisningens innhold som meningsfylt og nyttig, og at han ser sammenhengen mellom undervisningen og egen situasjon (Tveiten, 2016, s. 87). Undervisningen innhold må også ta utgangspunkt i hva pasienten selv ser behov for å lære (Tveiten, 2016, s. 86), og planlegges ut ifra

undervisningens hensikt (Tveiten, 2016, s. 145). Hensikten vil i dette tilfellet være å bidra til at pasienten i større grad opplever mestring av egen sykdom.

Mange pasienter kan føle at å lære seg å leve med sykdommen er viktig. Det samme gjelder å finne årsaker til hjerteinfarkt, samt å bli trygg på å kunne gjenkjenne et hjerteinfarkt dersom det skulle oppstå igjen (Fålund, Fridlund, Schaufel, Schei & Norekvål, 2016). Boyde et al. (2015) undersøkte pasientenes kunnskap om symptomer etter gjennomgått hjerteinfarkt. Studien finner at 39% av pasientene hadde lavere score enn 70%, noe som indikerer alvorlige kunnskapsmangler (Boyde et al., 2015). Dersom pasienten ikke er i stand til å forstå tegn på forverring øker det risikoen for tilbakefall og reinnleggelser (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 430). Derfor er det viktig å sentralt at typiske symptomer på iskemisk hjertesykdom inkluderes i undervisningen. Med økt kunnskap følger også økt empowerment (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 474)

Empowerment handler om å ta i bruk egne ressurser og være en aktiv deltager i eget liv (Stubberud, 2016b, s. 363). For at sykepleieren skal kunne fremme pasientens empowerment er det derfor nødvendig at hun blir kjent med hvilke ressurser han har og deretter hjelper pasienten å selv identifisere og ta i bruk disse. Dette fordrer at hun lærer pasienten å kjenne (Stubberud, 2016b, s. 365). Videre hevdes det at en relasjon bygget på tillitt er nødvendig i empowermentprosessen (Lôhmus, 2015 i Tveiten, 2016, s. 74). Pasienter kan ha svært ulike reaksjoner på å gjennomgå et hjerteinfarkt (Fålund et al., 2016). Dette setter krav til sykepleierens tilnærming. Personsentrert sykepleie handler om å bli kjent med pasienten bak sykdommen og anerkjenne han som et likeverdig menneske (Stubberud, 2016b, s. 365-366). En personsentrert tilnærming vil gjøre pasienten mindre sårbar (Stubberud, 2016b, s. 365). Dette vil igjen fremme hans opplevelse av kontroll og på den måte fremme mestring (Stubberud, 2016b, s. 338). Pirhonen et al. (2017) undersøker effekten av en personsentrert tilnærming i behandlingen av koronarsyke pasienter opp mot opp mot fire ulike helserelaterte utfall; EQ-5D (helseutfall), pasientens mestring, fysisk aktivitet og retur til arbeidslivet. Selvom undersøkelsen kun finner signifikante forbedringer i forhold til pasientenes mestring, viser den positive resultater i forhold til alle fire utfall (Pirhonen, Olofsson, Fors, Ekman & Bolin, 2017). En personsentrert tilnærming i helseveiledningen vil med andre ord kunne forbedre pasientens helserelaterte utfall ved hjemkomst. Dette er viktig for hans videre sykdomsmestring og vil kunne redusere risikoen for forverring eller tilbakefall.

På den andre siden kan det diskuteres i hvor stor grad sykepleieren på sengepost har tid til å bruke en slik tilnærming. En personsentrert tilnærming forutsetter et samarbeid mellom pasienten og sykepleieren, og må ta utgangspunkt i en god relasjon (Sørli & Bergvik, 2013, s. 86). Å bygge en relasjon krever både tid og kontinuitet. Som nevnt i oppgavens teoridel består dagens behandling av hjerteinfarkt i stor grad av et akutt sykdomsforløp med kort liggetid på sykehus. I følge Nasjonalt Kunnskapsenter for Helsetjenesten er gjennomsnittlig liggetid i norske sykehus etter hjerteinfarkt kun fire dager (Kunnskapsenteret, 2015). Da liggetiden gjerne er kort og det er knapp tid til hver pasient (Sørli & Bergvik, 2013, s. 79), kan det bli utfordrende for sykepleieren å bli kjent med og bygge en relasjon med pasienten. Chan et al. (2013) utførte en kvalitativ studie med sykepleiere og deres erfaringer fra arbeid på sykehus. Undersøkelsen trekker frem at mangel på tid gir flere utfordringer for sykepleierens ivaretagelse av pasientene. En sykepleier forteller at mangel på tid påvirker hennes evne til å bli kjent med pasientene sine (Chan et al., 2013). Videre forutsetter en personsentrert tilnærming kontinuitet. Dette være vanskelig å gjennomføre i praksis, da sykepleieret i mange tilfeller inneholder turnusarbeid. Pasienten vil måtte forholde seg til flere sykepleiere, i tillegg til at sykepleierens mulighet til å bli kjent med pasienten begrenses.

Undervisningens effekt påvirkes ikke bare av innholdet, men også av måten informasjonen formidles på (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 504). Å stimulere flere sanser under veiledningen kan fremme læring. Det kan derfor være gunstig for pasienten å se bilder eller illustrasjoner samtidig som han får muntlig informasjon, da dette vil kunne øke hans forståelse (Tveiten, 2016, s. 87). I tillegg kan det være en ressurs for pasienten å få utdelt skriftlig informasjon under undervisningen som sykepleieren tar utgangspunkt i (Tveiten, 2016, s. 148). Imidlertid vil ikke den skriftlige informasjonen være individualisert, men vil kunne ha stor nytte som et tilskudd i undervisningen. Samtidig kan pasienten ta med seg den skriftlige informasjonen hjem og repetere når han har behov for det (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 505). Det fremgår av studien til Boyde et al. (2015) at 90% av pasientene mottok skriftlig informasjon fra sykehuset. Ettersom pasientenes kunnskap ble bedre i etterkant av utskrivelsen til tross for at kun i overkant av halvparten av studiens deltagere kan huske å ha mottatt undervisning under innleggelsen, kan man anta at deler av deres kompetanseheving skyldes den skriftlige informasjonen (Boyde et al., 2015).

Andre hjelpemidler som tavler, flippoverstativ eller digitale hjelpemidler kan også fremme læring (Tveiten, 2016, s. 158). McKinley et al. (2009) brukte et flippoverstativ i sin

undersøkelse. Stativet inneholdt en punktvis fremstilling av kunnskap som ble ansett som viktig, sammen med illustrasjoner av koronar reperfusjon (McKinley et al., 2009). I studien til Boyde et al. (2015) ble det derimot ikke brukt slike hjelpemidler (Boyde et al., 2015).

Ettersom en stor andel av pasientene i denne undersøkelsen ikke kunne minnes å ha mottatt informasjon kan man stille spørsmål om hvorvidt bruken av slike hjelpemidler ville ha økt undervisningens effekt.

5.4 Rammefaktorer

Det kan være gunstig å gi pasientinformasjon gjennom planlagte informasjonssamtaler (Sørli & Bergvik, 2013, s. 94). Pasienten bør så langt det lar seg gjøre være informert om når og hvor undervisningen skal foregå slik at han er mentalt forberedt og eventuelt har klargjort spørsmål. På en travel sengepost vil det lønne seg å ha satt av tid til informasjonsformidling slik at veiledningen ikke preges av stress og avbrytelser (Sørli & Bergvik, 2013, s. 94).

Selvfølgelig skal pasienten også ha muligheten til å stille spørsmål eller luften tanker utenom den planlagte informasjonsformidlingen (Sørli & Bergvik, 2013, s. 94). Risikoen her er om pasienten møter sykepleieren på et tidspunkt der hun har andre oppgaver som må prioriteres, og derfor ikke har mulighet til å gi tilstrekkelig informasjon. Ettersom pasientens kognitive tilstand kan påvirkes av situasjonen kan han fort glemme spørsmål han sitter med dersom veiledningen skjer uforberedt. Derfor kan det lønne seg for pasienten å skrive ned ting han lurer på slik at han har det klart til undervisningen eller til en annen gang det passer å spørre (Stubberud, 2016b, s. 358).

Når det kommer til selve veiledningen må det legges opp til et gunstig læringsmiljø. En læresituasjon med omgivelser som er preget av ro og uten unødvendige forstyrrelser legger grunnlag for dette (Tveiten, 2016, s. 87). Pasientens grunnleggende behov må også være tilfredsstillt. Det sier seg selv at pasienten er mindre interessert og mottagelig for veiledning dersom han for eksempel er trøtt, smertepreget eller må på toalettet. Videre må valg av tidspunkt gjøres med omhu slik at veiledningen foregår når pasientenes konsentrasjon er optimal, for eksempel ikke sent om kvelden eller rett etter en prosedyre (Tveiten, 2016, s. 87).

Sykepleiere har et komplekst yrke som inkluderer mange ulike oppgaver. På en hektisk avdeling vil ofte de gjøremålene som haster mest prioriteres, for eksempel stell eller utdeling av medisiner (Sørli & Bergvik, 2013, s. 94). Dermed kan veiledning av pasienter komme i andre rekke. Rammefaktorene rundt sykepleierens arbeid kan med andre ord begrense hennes

mulighet til å veilede sine pasienter. Selv har jeg praksis- og jobberfaring fra en relevant sengepost. Her har jeg erfart hvordan få liggedøgn førte til hyppig utskiftning av pasienter. Dette førte til at avdelingen var preget av et høyt tempo og et hektisk arbeidsmiljø, noe som til dels satte grenser for sykepleierens mulighet til å gi pasienten veiledning. Dette fremheves også av en av sykepleierne i studien til Chan et al. (2013). Hun legger vekt på at samarbeidet mellom sykepleierne skapte et eget tidspress, da man ikke ønsket å legge mer arbeid over på sine kolleger. En slik holdning resulterer i at oppgaver som anses som viktigere enn andre blir prioritert. Sykepleieren forteller at dette gikk ut over evnen til å gi individualisert pasientomsorg (Chan et al., 2013). På den andre siden kan kompleksiteten i sykepleierens yrke også medvirke til nytenkning. En annen sykepleier i den samme undersøkelsen beskriver hvordan hun utnyttet tiden under utøvelsen av prosedyrer til å kommunisere med pasientene, for eksempel under sårstell (Chan et al., 2013). Slik innovativ tenkning tilrettelegger for flere muligheter til å gi veiledning. Samtidig mister man da fordelene med de planlagte informasjonsamtalene, og det er en risiko for at pasientene ikke følger så godt med under veiledningen.

Det er imidlertid forskning som viser at kortvarig undervisning også kan ha god effekt. McKinley et al. (2009) utførte en randomisert kontrollert studie for å undersøke effekten av kortvarig en-til-en undervisning. Her mottok pasientene i intervensjonsgruppen 40 minutter individuell undervisning med en erfaren sykepleier. Pasientenes kunnskap, holdninger og oppfatninger ble dokumentert før intervensjonen, deretter tre og tolv måneder etter. Pasientene i intervensjonsgruppen viste signifikante forbedringer innenfor både kunnskap, holdninger og oppfatninger etter tre måneder. Denne forbedringen ble også opprettholdt frem til neste oppfølging, ett år etter at intervensjonen ble gitt (McKinley et al., 2009). Disse funnene støtter opp under muligheten sykepleier på sengepost har til å undervise sine pasienter til tross for liten tid.

Intervensjonen brukt i denne studien hadde som mål å forhindre sen innleggelse i sykehus. Veiledningen fokuserte derfor på å gi pasientene informasjon om typiske symptomer, hvordan å håndtere disse symptomene og bruken av støtteapparatet rundt seg. Pasientene mottok et personlig, veiledende informasjonsark i tillegg til undervisningen (McKinley et al., 2009). Det ble med andre ord brukt en standardisert tilnærming med personlig preg. Forøvrig kan det diskuteres hvorvidt en slik intervensjon vil være relevant på en sengepost. Denne studien ble utført i en poliklinisk kontekst, og man kan stille spørsmål ved hvorvidt en slik tilnærming er

realistisk å innføre på en sengepost. 40 minutter undervisningstid er ikke mye, men som beskrevet over består helseveiledning av så mye mer. Dersom undervisningen skal være vellykket bør både innhold og formidling være tilpasset hver enkelt. Dette krever god planlegging, noe som også er tidskrevende.

Et annet moment er oppfølging over tid. Oppfølgingssamtaler i ettertid er nyttig og legger til rette for at pasienten kan stille spørsmål han kommer på i etterkant av undervisningen (Tveiten, 2016, s. 147). I den overnevnte studien ble pasientene fulgt opp per telefon én måned etter intervensjonen ble gitt. Da repeterte sykepleieren undervisningens hovedpunkter og hadde dialog med pasienten om hans opplevelse av og atferd i forhold til kardiologiske symptomer i etterkant av intervensjonen. Slik oppfølging vil ikke være relevant for sykepleieren på sengepost og hun vil derfor miste denne muligheten til å repetere veiledningen.

Samhandlingsreformen setter krav til oppfølgingen av pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Selvom sykepleieren på sengepost ikke har mulighet til å gi pasienten tilstrekkelig veiledning under innleggelsen har hun mulighet til å tilrettelegge for god oppfølging. Ved god planlegging under utskrivelsen kan sykepleieren hjelpe pasienten med å komme i kontakt med oppfølgingstilbud som for eksempel hjerterehabiliteringsprogrammer. Gjennom slike tilbud mottar pasienten blant annet informasjon og opplæring for å øke sin kompetanse og på den måten mestre sykdommen bedre (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 423). Deltagelse i hjerterehabilitering er også med på å fremme pasientens empowerment (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 425). Her får man oppfølging over tid og innsikt i ulike intervensjoner som er med på å øke mestring av hjertesykdom (Ellingsen, 2016, s. 423). Boyde et al. (2015) påpeker fordelen med å delta i et slikt program. I deres undersøkelse ble det funnet signifikante forskjeller mellom kunnskapsnivået til pasientene som hadde deltatt i et rehabiliteringsprogram og de som ikke hadde det (Boyde et al., 2015).

Imidlertid legger samhandlingsreformen et særlig ansvar på sykepleierne på sengepost til å motivere pasientene til deltagelse i et slikt hjerterehabiliteringsprogram. Boyde et al. (2015) viser i sin undersøkelse at til tross for at 85% av pasientene under sykehusinnleggelsen indikerte at de ønsket å delta i et rehabiliteringsprogram, var det etter ti uker kun 30% som hadde deltatt og 25% som hadde meldt seg på men enda ikke deltatt (Boyde et al., 2015). En

mulig årsak til lav deltagelse kan ligge i pasientens forståelse. Hvis pasienten ikke forstår alvorlighetsgraden av sykdommen vil han heller ikke forstå nødvendigheten av å delta i hjerterehabilitering. Igjen har sykepleier på sengepost en viktig rolle i å hjelpe pasienten til økt sykdomsforståelse. Dersom pasienten under sykehusoppholdet ikke utvikler en korrekt forståelse av sykdommen og hvilke konsekvenser den kan ha, vil han være mindre sannsynlig til å delta i et hjerterehabiliteringsprogram som kan hjelpe han til enda større grad av sykdomsmestring.

5.5 Vurdering

Prosessvurdering handler om å gjøre kontinuerlige vurderinger parallelt med undervisningen, for å forsikre seg om at undervisningens hensikt nås (Christiansen, 2013c, s. 74).

Lovverket poengterer at informasjonen som gis skal være forståelig. Dette kommer også frem i de yrkesetiske retningslinjer punkt 2.5 (Norsk Sykepleieforbund, 2020). For at sykepleier kan forsikre seg om at informasjonen er forstått er god kommunikasjon nødvendig. Her er bekreftende ferdigheter sentralt, noe som kan utøves ved at sykepleieren ber pasienten bekrefte at informasjonen er mottatt og forstått (Stubberud, 2016b, s. 359). Prosessvurdering kan også gjøres gjennom dialog, eller ved å be pasienten selv reflektere rundt relevante temaer. På den måten kan sykepleieren lytte til og tolke hva pasienten har forstått og hva som mangler (Christiansen, 2013c, s. 75). Igjen kan man sette spørsmåltegn ved den praktiske gjennomførelsen av dette, som er beskrevet i kapittel 5.4.

Mot slutten av undervisningsperioden må en også vurdere om hensikten er nådd. Dette kan man gjøre ved å snakke med pasienten om undervisningens innhold og på den måte få inntrykk av hva pasienten har oppfattet. Man kan også stille spørsmål, men dette må gjøres med varsomhet for at pasienten ikke skal oppleve at hans integritet blir truet (Tveiten, 2016, s. 157). Dette bygger på tanken om at relasjonen mellom sykepleier og pasient skal være basert på likeverd der pasientens evne til å ivareta egen helse styrkes.

6 Konklusjon

Denne oppgaven omhandler den rollen sykepleier på sengepost har i veiledningen av pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt. Her vil den didaktiske relasjonsmodellen kunne fungere som et nyttig verktøy da den inneholder punkter som er av betydning for veiledningens gjennomføring og effekt.

Det settes flere krav til planleggingen og gjennomføringen av pasientundervisning. Pasientens forutsetninger og eventuelle psykososiale reaksjoner må tas hensyn til. Videre bør undervisningen være godt planlagt og tilrettelagt den enkeltes ønsker og behov. Bruken av en personsentrert tilnærming vil gjøre veiledningen mer vellykket og øke pasientens opplevelse av mestring. Samtidig setter sykehusets rammer for sykepleieryrket grenser for sykepleierens mulighet til å utøve personsentrert sykepleie. Mangel på tid og kontinuitet utfordrer sykepleierens evne til å bli kjent med pasienten og deretter kunne tilpasse helseveiledningen etter hans individuelle behov. Den didaktiske relasjonsmodellen illustrerer en ideell situasjon for utøvelse av helseveiledning, men som dessverre ikke alltid lar seg gjøre i den hektiske hverdagen til sykepleieren på sengepost. Polikliniske tilbud som hjerterehabilitering og hjertepoliklinikk legger til rette for bedre muligheter til å bruke en personsentrert tilnærming, samt følge pasienten over tid. Derfor kan man hevde at det er her det meste av veiledning bør foregå. Samtidig gir dette sykepleier på sengepost et ansvar i å motivere pasientene til å delta på slik hjerterehabilitering, noe som i seg selv krever tilstrekkelig informasjon og veiledning. Man kan altså konkludere med at sykepleier på sengepost har et ansvar i å gi pasienten nødvendig veiledning for å øke hans mestring, men at et viktig moment i denne veiledningen er å informere om de tilbudene pasienten bør benytte seg av etter utskrivelse. Deltagelse på slike rehabiliteringstilbud vil øke hans sykdomsmestring yttligere, og i enda større grad forberede han på livet videre med koronarsykdom.

Referanseliste

- Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Bannear, S., Lollback, N., Witt, J., ... Aitken, L. (2015). What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction. *Australian Critical Care*, 28, 134-139.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2014.05.003>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Ellis, C. J., Anderson, J., Gamble, G., Anderson, D. & Benjamin, W. (2006). Patients with acute myocardial infarction have an inaccurate understanding of their risk of a future cardiac event. *Internal Medicine Journal*, 36, 643-647.
<https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2006.01150.x>
- Chan, E. A., Jones, A. & Wong, K. (2013). 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.
<https://doi.org/10.1111/jan.12064>
- Christiansen, B. (2013a). Didaktiske perspektiver på helseveiledning IB. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 42-66). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, B. (2013b). Helseveiledning - hva menes? I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 14-29). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, B. (2013c). Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 67-77). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Comodore-Mensah, Y. & Himmelfarb, C. R. D. (2012). Patient Education Strategies for Hospitalized Cardiovascular Patients: A Systematic Review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(2), 154-174.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318239f60f>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dullaghan, L., Lusk, L., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, N. & Fitzsimons, D. (2014). 'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack of understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(3), 270-276. <https://doi.org/10.1177/1474515113491649>
- Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D.-G. (2011). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie bind 1* (4. utg., s. 207-242). Oslo: Gyldendal.
- Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 54-93). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Folkhelseinstituttet. (2018). Færre får akutt hjerteinfarkt Hentet 27.11.2019 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/nedgang-infarkt-2009-2014/>
- Forskrift om studier og eksamen ved LDH. (2013). *Forskrift om studier og eksamen ved Lovisenberg diakonale høyskole AS (LDH)* (FOR-2013-06-18-757). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-06-18-757#KAPITTEL_6
- Fålund, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E. & Norekvål, T. M. (2016). Patient's goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patients reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 495-503. <https://doi.org/10.1177/1474515115614712>
cnu.sagepub.com
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St.meld. nr. 47). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- Kjetland, M. B. & Nordstad, M. G. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertepoliklinikk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (1. utg., s. 447-514). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie - fag og funksjoner. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2015). *Norsk helsetjeneste sammenlignet med andre OECD-land 2015*. Nasjonalt kunnskapssenter for Helsetjenesten. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/norsk-kommentarrapport-hag-2015.pdf>
- McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H., ... Pelter, H. (2009). The effect of a short one-to-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1037-1046. <https://doi.org/doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.01.012>
- Molven, O. (2006). *Sykepleie og jus* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk Hjerterefarkregister. (2019). Årsrapport 2018. Hentet fra https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2_arsrapport_2018_hjerterefarkt_0.pdf
- Norsk Sykepleieforbund. (2020). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 10.03.2020 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#KAPITTEL_2
- Pirhonen, L., Olofsson, E. H., Fors, A., Ekman, I. & Bolin, K. (2017). Effects of person-centred care on health outcomes-A randomized controlled trial in patients with acute coronary syndrome. *Health Policy*, 121, 169-179. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.12.003>
- Sand-Jecklin, K. & Coyle, S. (2014). Efficiently Assessing Patient Health Literacy: The BHLS Instrument. *Clinical Nursing Research*, 23(6), 581-600. <https://doi.org/10.1177/1054773813488417>
- Sneltvedt, T. (2005). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 88-104). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_2
- Stubberud, D.-G. (2016a). Hjertesykdom - en introduksjon. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 21-39). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2016b). Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling av hjertesykdom i sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 334-393). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. & Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 422-446). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sørli, T. & Bergvik, S. (2013). Pasientinformasjon i sykehus - med særlig vekt på ivaretagelse av engstelige og bekymrede pasienter. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 78-107). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ørn, S. (2017). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 163-198). Oslo: Gyldendal.