

Helseveiledning på sengepost etter gjennomgått hjerteinfarkt

«Hvordan kan sykepleier på sengepost gjennom
helseveiledning, fremme god egenomsorg hos pasienter
med gjennomgått hjerteinfarkt?»

Kandidatnummer: 352

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8721

Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.2021
<p><u>Tittel:</u> Helseveiledning på sengepost etter gjennomgått hjerteinfarkt</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> «Hvordan kan sykepleier på sengepost gjennom helseveiledning, fremme god egenomsorg hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt?»</p> <p><u>Teoretisk kunnskapsgrunnlag:</u> Teorien omfatter patofysiologi, symptomer, diagnostikk, behandling, prognose og risikofaktorer ved et hjerteinfarkt, samt psykososiale reaksjoner som kan oppstå i etterkant. Videre følger et sykepleiefaglig rammeverk som inkluderer sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon, juridiske- og etiske rammer, samt Dorothea Orems egenomsorgsteori. Det redegjøres for helseveiledning og endringsarbeid med den didaktiske relasjonsmodellen som sykepleiefaglig verktøy. Avslutningsvis forklares begrepene brukervedvirkning, empowerment og personsentrert sykepleie.</p> <p><u>Metode:</u> Litteraturstudie der eksisterende fag- og forskningslitteratur er anvendt for å belyse og besvare problemstillingen. Søkene etter forskningsartikler er gjort i databasene Cinahl og PubMed. Faglitteratur er funnet ved søk i søkemotoren Oria, og ved høgskolebiblioteket. Det er i tillegg gjort kjedesøk.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Problemstillingen drøftes og besvares i lys av presentert teori og forskningsfunn. Det gis forslag til hvordan sykepleieren, ved å ta utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellens seks elementer, kan veilede hjerteinfarktpasienten til ivaretagelse av god egenomsorg etter utskrivelse. Samtidig belyses forhold ved en sengepost som utfordrer helseveiledningen, slik som tidsperspektivet, sykehusomgivelser- og kontekst, pasientens mottakelighet for informasjon og sykepleierens veiledningskompetanse.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Gjennom anvendelse av den didaktiske relasjonsmodellen og Orems støttende- og undervisende sykepleiesystem, kan sykepleieren tilrettelegge for en personsentrert pedagogisk tilnærming. Slik vil helseveiledningen individualiseres, og brukervedvirkning og empowerment fremmes. Dette bidrar til at pasienten får bedre utbytte av helseveiledningen, og kan tilegne seg kunnskap til å ivareta god egenomsorg etter utskrivelse. Samtidig utfordrer tidsperspektivet helseveiledningen og pasientens mottakelighet for informasjon. Å informere om hvor pasienten kan søke mer informasjon og veiledning etter utskrivelse, bør derfor inngå i helseveiledningen. Dette kan innebære kontakt med interesse- og pasientorganisasjoner, samt deltakelse i hjerterehabiliteringsprogram gjennom polikliniske- eller kommunale tilbud.</p>	

(Totalt antall ord: 290)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Kontekst og avgrensninger.....	2
1.4	Begrepsavklaring.....	3
1.5	Oppgavens videre disposisjon	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Hjerteinfarkt	4
2.1.1	Patofysiologi.....	4
2.1.2	Symptomer, diagnostikk, behandling og prognose	4
2.1.3	Risikofaktorer	5
2.2	Psykososiale reaksjoner	6
2.3	Sykepleiefaglig rammeverk	6
2.3.1	Sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon.....	6
2.3.2	Juridiske rammer.....	7
2.3.3	Etiske rammer	7
2.3.4	Dorothea Orems egenomsorgsteori.....	8
2.4	Helseveiledning	9
2.4.1	Helseveiledning og endringsarbeid	9
2.4.2	Den diaktiske relasjonsmodellen	9
2.5	Brukermedvirkning og empowerment	10
2.6	Personsentrert sykepleie	10
3	Metode	11
3.1	Valg av metode	11
3.2	Valg av forskningslitteratur	11
3.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.2.2	Søkematrise: tabell 1	12
3.3	Valg av faglitteratur	13
3.4	Kildekritikk	14
3.4.1	Forskningslitteratur	14
3.4.2	Faglitteratur	15
3.5	Etiske overveielser	15
4	Funn	16
4.1	Artikkelmatrise: tabell 2	16
5	Diskusjon	19
5.1	Pasientens forutsetninger for læring og mestring	19
5.2	Situasjonelle-, menneskelige- og materielle ressurser	21
5.3	Mål, ønsker, behov og verdier	23
5.4	Innhold	25
5.5	Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid	27
5.6	Prosessvurdering	29
6	Konklusjon	31
	Referanseliste	32
	Vedlegg 1: PICO-skjema	38

Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Årlig behandles omtrent 13 000 hjerteinfarkt på norske sykehus (Govatsmark et al., 2020, s. 3). Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) viser til en nedgang i sykdomsbyrde tilknyttet hjerte- og karsykdommer. Dette kan ha sammenheng med medisinske- og teknologiske framskritt, som gjør at sykdommer med tidligere høy dødelighet i større grad kan behandles (Meld. St. 7 (2019–2020), s. 15). Resultatet er at flere lever med hjerte- og karsykdommer, hvilket gir en økende folkehelsemessig- og samfunnsøkonomisk betydning (Folkehelseinstituttet, 2020). Å leve med en hjerte- og karsykdom, gir behov for kunnskap om livsstilsintervensjoner og ivaretagelse av god egenomsorg. Her har sykepleieren en nøkkelrolle ved å benytte sin undervisende- og veiledende funksjon.

Pasientopplæring er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte hovedoppgaver (spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-8). Likevel oppgir flere hjerteinfarktpasienter informasjonsmangler under sykehusopphold. Norsk hjerteinfarktregisters nyeste årsrapport, viser at 28 prosent av hjerteinfarktpasientene innlagt ved norske sykehus i 2019, opplevde at de ikke fikk nok informasjon om sykdommen. Videre oppga over halvparten å savne informasjon om hva de selv kan gjøre ved tilbakefall, 42 prosent var engstelige og deprimerte etter utskrivelse, og halvparten opplevde smerter og ubehag (Govatsmark et al., 2020, s. 11). Utfordringer ved informasjonsmangler, fremkommer også i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2021). Dette som årsak til flere henvendelser fra både pasienter, pårørende og tjenestene selv (Helsedirektoratet, 2019, s. 8).

Regjeringens ambisjon er å skape en helsetjeneste der pasientens stemme blir hørt. Dette innebærer brukermedvirkning, samt at pasienten iverksetter egne ressurser for å mestre hverdagen etter utskrivelse (Meld. St. 7 (2019–2020), s. 9). For dette er pasienten i behov av informasjon og veiledning. Reduksjon i liggedøgn ved sykehus etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012, utfordrer i midlertid tiden til veiledning. Resultatet kan være at pasienten utskrives med informasjonsmangler, hvilket er uheldig for pasientens

mestringsopplevelse. Dette har jeg selv erfaring med fra da en i nær familie gjennomgikk et førstegangsinfarkt.

Formålet med dette litteraturstudiet er å belyse sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon, i møte med pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. Dette med hensikt å fremme god egenomsorg. Jeg anser tematikken som relevant, da jeg som kommende sykepleier vil møte pasienter i ulike kontekster med iskemisk hjertesykdom. Gjennom litteraturstudiet ønsker jeg å tilegne meg kunnskap til å kunne imøtekomme denne pasientgruppen på en profesjonell og god måte.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av valgt tematikk, har jeg formulert følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier på sengepost gjennom helseveiledning, fremme god egenomsorg hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt?»

1.3 Kontekst og avgrensninger

Konteksten er ved kardiologisk sengepost i spesialisthelsetjenesten, hvor pasienten overflyttes etter den akutte behandlingen. Gjennomsnittsalder for hjerteinfarkt er 70 år for menn og 77 år for kvinner (Govatsmark et al., 2020, s. 3), men et hjerteinfarkt kan ramme allerede etter fylt 25 år (Folkehelseinstituttet, 2018). Dette betyr at også personer i yrkesaktiv alder er utsatt. For å se problemstillingen i et samfunnsøkonomisk perspektiv, har jeg valgt å avgrense oppgaven til å omhandle personer som opplever hjerteinfarkt i yrkesaktiv alder. Både kvinner og menn inkluderes. Det tas høyde for at akuttbehandlingen har foregått komplikasjonsfritt, at veiledningen foregår når pasienten er relativt opplagt etter den akutte behandlingen, og at pasienten er kognitiv frisk.

Pårørende vil ikke inkluderes i oppgaven, selv om de også er målgruppe for sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon. Dette grunnet oppgavens begrensede omfang, og fordi jeg ønsker å ha fokus på relasjonen mellom den enkelte sykepleier og pasient. Oppgaven avgrenses videre til å omhandle individuell veiledning, og gruppeundervisning utelukkes derfor.

Oppgaven formidler helseveiledning, men begrepene "informasjon", "undervisning" og «rådgivning» vil også nevnes, da helseveiledning er et vidt begrep som omfatter alle tre. Undervisning og rådgivning kan i midlertid kritiseres for å være for monologpreget. Veiledning er mer foretrukket i denne kontekst, da det i større grad tilrettelegger for toveiskommunikasjon og dialog (Christiansen, 2020a, s. 15; Vifladdt & Hopen, 2013, s. 29).

Ettersom helseveiledning har forebyggende- og helsefremmende hensikter, kan oppgaven også forstås ut ifra sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon. På bakgrunn av omfang, har jeg likevel avgrenset oppgaven til å omhandle én av sykepleierens funksjonsområder. Det er sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon som vil være i fokus.

1.4 Begrepsavklaring

Helseveiledning: "en sammensatt pedagogisk prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner" (Christiansen, 2020a, s. 13).

Egenomsorg: "er aktiviteter som individet iverksetter og utfører på egne vegne, for å opprettholde liv, helse og velvære" (Orem, 1991, referert i Cavanagh, 2001, s. 17).

Empowerment: en mestringsprosess der individet i større grad oppnår kontroll over valg og handlinger som berører eget liv og helse (Tveiten, 2020, s. 41).

1.5 Oppgavens videre disposisjon

I kapittel to fremlegges teori med relevans til problemstillingen og som vil drøftes i diskusjonsdelen av oppgaven. Kapittel tre presenterer beskrivelse av metode, fremgangsmåte og utvalg av forsknings- og faglitteratur, kildekritikk og etiske overveielser. I kapittel fire vil forskningsfunn fremlegges. Kapittel fem er oppgavens diskusjonsdel, der problemstillingen belyses og drøftes. Avslutningsvis i kapittel seks, gis en konklusjon og problemstillingen besvares.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Dette kapitlet presenterer teori tilknyttet hjerteinfarkt, psykososiale reaksjoner, sykepleiefaglig rammeverk med sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon, relevant lovverk og etikk, samt Dorothea Orems egenomsorgsteori. Videre følger en forklaring av helseveiledning, endringsarbeid og den didaktiske relasjonsmodellen som pedagogisk verktøy. Avslutningsvis gis det en forklaring av begrepene brukermedvirkning, empowerment og personsentrert sykepleie.

2.1 Hjerteinfarkt

2.1.1 Patofysiologi

Et hjerteinfarkt skyldes redusert eller opphevet tilførsel av arterielt oksygenrikt blod til hjertets muskel, myokard (Ørn & Brunvand, 2016, s. 167). Infarkt skjer når myokardceller nekrotiserer (dør), fordi oksygentilbudet er mindre enn minimumsbehovet. Bakenforliggende årsak er at en eller flere koronararterier som forsyner myokard med arterielt blod, er fullstendig- eller delvis tilstoppet. I førstnevnte tilfelle oppstår et “ST-hevningmyokardinfarkt” (STEMI), som vises på EKG som en heving av ST-segmentet. Ved andre tilfelle, oppstår et “ikke-hevningmyokardinfarkt” (NSTEMI) som gir en ST-senkning eller negativ T-takk (Ørn & Brunvand, 2016, s. 168). Forsnevringen av koronararterier skyldes oftest aterosklerose eller trombose (se kapittel 2.1.3) (Ørn & Brunvand, 2016, s. 167; Eikeland et al., 2016, s. 243).

2.1.2 Symptomer, diagnostikk, behandling og prognose

Det vanligste symptomet ved et hjerteinfarkt, er retrosternale brystmerter kalt “angina pectoris”. Brystmertene øker med grad av iskemi (oksygenmangel). Iskemi-smertene ved et hjerteinfarkt skiller seg fra stabil- og ustabil angina pectoris, ved at de er mer intense og vedvarende, ikke bedres i hvile og har minimal eller ingen medikamentell behandlingseffekt med glyserolrinitrat. Smertene kan stråle til armer og kjeve, og lede til kvalme med oppkast, blek og klam hud, dyspné, og psykososiale reaksjoner. Hjerteinfarkt kan også skje uten smerter, “stum iskemi”, som sees hos personer med reduserte smertefibre. Et atypisk symptom bilde med magesmerter og utmattelse kan også forekomme, og er hyppigst hos kvinner (Ørn & Brunvand, 2016, s. 169-170; Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2021).

Vellykket behandling fordrer rask sykehusinnleggelse, og starter ofte prehospitalt ved at det gis "MONA-behandling" (morfin, oksygen, glyseroltrinitrat og acetylsalisylsyre) (Eikeland et al., 2016, s. 246). Diagnostikken tar utgangspunkt i sykehistorie, risikofaktorer, iskemi-symptomer, EKG-forandringer, troponinverdier og koronar angiografi (Eikeland et al., 2016, s. 243). Hensikten med den akutte behandlingen er utblokking av tett koronararterie for å minimalisere skaden på hjertet (Ørn & Brunvand, 2016, s. 171). På de største sykehusene i Norge gjøres dette med perkutan koronar intervensjon (PCI-behandling) (Norsk helseinformatikk, 2020). Dersom ikke blodforsyningen gjenopprettes raskt, vil det oppstå en irreversibel celledskade i myokard, og jo lenger tid det går desto større blir omfanget av myokardskaden (Eikeland et al., 2016, s. 243). Rask behandling er dermed avgjørende for prognosen. Når akuttbehandlingen er over og pasientens tilstand har stabilisert seg, rettes behandlingen mot å forebygge et nytt hjerteinfarkt (Ørn & Brunvand, 2016, s. 171). Det er her sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon blir avgjørende.

2.1.3 Risikofaktorer

Som nevnt i kapittel 2.1.1, er aterosklerose og trombose de viktigste bakenforliggende årsakene til at iskemisk hjertesykdom oppstår (Ørn & Brunvand, 2016, s. 167). *Aterosklerose* er åreforkalkning som skyldes opphopning av LDL-kolesterolpartikler i arterieveggen innerste lag, intima. Aterosklerose oppstår kun i blodårer med høyt blodtrykk, derav bare i arterier. Hypertensjon sliter på arterieveggen, noe som gjør at LDL-kolesterolpartikler (det «usunne» kolesterolet) kan passere inn i intima. Dette medfører oksidasjon, som gir en inflammatorisk reaksjon (immunrespons). Inflammasjonsprosessen forsterkes ved at flere oksiderte LDL-kolesterolpartikler frigjøres når immunceller dør. Summen av en skadet arterievegg, oksiderte LDL-kolesterolpartikler og døde immunceller gir åreforkalkning, som medfører tett arterie og vanskeliggjør blodgjennomstrømmingen (Ørn & Brunvand, 2016, s. 192-193).

Trombose (blodpropp) utvikles i en skadet arterie- eller venevegg. Dette medfører at trombocytter (blodplater) og koagulasjonssystemet (blodlevring) aktiveres. Trombocytene vil danne en vegg som koagulasjonsfaktorer fester seg til, i tillegg til å frigjøre kjemiske forbindelser som tiltrekker seg flere trombocytter og koagulasjonsfaktorer. Tromben vil dermed vokse og tette blodåren, slik at blodgjennomstrømmingen hindres (Ørn, 2016, s. 98). De vanligste risikofaktorene for utvikling av aterosklerose og trombose er hypertensjon, høye

kolesterolverdier, røyking, fysisk inaktivitet, overvekt, diabetes, psykososialt stress og alkohol. I tillegg er alder, kjønn og arv innvirkende faktorer (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2021).

2.2 Psykososiale reaksjoner

Et hjerteinfarkt kan oppstå plutselig og uventet, og gi psykososiale påkjenninger (Stubberud, 2016b, s. 334). Dette kan skyldes sykdommen i seg selv eller følger av behandlingen, og forsterkes ved manglende innsikt i situasjonen. Pasienten kan oppleve utrygghet og angst, sårbarhet, fremmedgjøring, identitetstap og isolasjon (Stubberud, 2016b, s. 337). Utrygghet og angst kan være resultat av å befinne seg i en ukjent situasjon, svikt i vitale funksjoner, bekymringer for framtiden, manglende informasjon og skepsis til behandlernes kompetanse. Sårbarhet kan skyldes opplevelse av fremmedgjøring eller mangel på kontroll, samt å være avhengig av andres hjelp. Pasienten kan føle seg fremmedgjort i sykehusets miljø og av kroppslige forandringer og –ubehag. Identitetstap kan oppstå dersom pasienten føler at hens verdighet, autonomi og integritet trues i behandlingssituasjonen. Manglende kontakt med familie, venner og nettverk, samt å befinne seg i pasientrollen, kan gi følelse av isolasjon (Stubberud, 2016b, s 337–340). Hvordan sykepleieren ivaretar pasientens psykososiale behov, vil ha betydning for hvordan pasienten håndterer livet med sykdommen videre. Gjennom informasjon kan sykepleieren redusere stressreaksjoner, og slik ivareta pasientens psykososiale behov (Ellingsen, 2016, s. 88–89).

2.3 Sykepleiefaglig rammeverk

2.3.1 Sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon

Sykepleie inkluderer funksjonsområdene helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, samt fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22-23). Som nevnt i kapittel 1.4, vil denne oppgaven formidle sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon. Dette innebærer sykepleierens plikt til å informere, undervise og veilede pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 23). Handlingsfriheten til sykepleiere styres av lovverk og etiske rammer. Mest aktuelt i denne konteksten er pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven, samt yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

2.3.2 Juridiske rammer

Pasienten har rett til informasjon og medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Videre har pasienten krav på nødvendig informasjon for å få innsikt i tjenestetilbudet og helsetilstanden sin, og for å ivareta sine rettigheter. Dette innebærer også informasjon om mulige risikoer og bivirkninger (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§3-1 til 3-2). Informasjonen skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, og gis på en hensynsfull måte. Sykepleieren skal også sikre at pasienten har gjort seg forstått med innholdet og betydningen (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

Der pasienten har rettigheter, har sykepleieren plikter. Ifølge helsepersonelloven (1999, §10) skal helsepersonell gi informasjon til den som har krav på det, etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §§3-2 til 3-4). Sykepleieren plikter også å handle faglig forsvarlig, jf. helsepersonelloven (1999, §4). Å unnlate å gi informasjon er ikke faglig forsvarlig praksis. Det er også viktig å presisere sykepleierens taushetsplikt, jf. helsepersonelloven (1999, §21).

Ettersom konteksten er på sykehus i spesialisthelsetjenesten, er også spesialisthelsetjenesteloven aktuell. Et av lovens formål er å fremme folkehelse og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonsnedsettelse (spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1). Videre er opplæring av pasienter og pårørende én av oppgavene sykehusene *særlig* skal ivareta (spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-8).

2.3.3 Etiske rammer

Sykepleiere forholder seg til *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Her finner jeg punkt 2.1, 2.2, 2.3, 2.5 og 2.6 som særlig aktuelle. Ifølge punkt 2.1 har sykepleieren ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. I punkt 2.2 fremgår at sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten. Punkt 2.3 formidler at sykepleieren ivaretar pasientens behov for helhetlig omsorg. I 2.5 presiseres sykepleierens ansvar for å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Videre fremlegger punkt 2.6 sykepleierens respekt for pasientens rett til selv å foreta valg (Norsk sykepleierforbund, 2019).

2.3.4 Dorothea Orems egenomsorgsteori

Sykepleieteoretiker Dorothea Orem's egenomsorgsteori, bygger på ideen om at et hvert individ har potensial for egenomsorg dersom hen tilegner seg kunnskap, motivasjon og ferdigheter. Orem hevder at formålet med sykepleieutøvelse er å støtte og hjelpe pasienten med å utvikle sin egenomsorgsevne (Petiprin, 2020). I teorien inngår egenomsorgsbehov, egenomsorgsunderskudd og sykepleiesystemet.

Egenomsorgsbehov omfatter universelle-, utviklingsrelaterte- og helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov. Førstnevnte inkluderer åtte behov som er felles for alle mennesker. Disse er tilstrekkelig luft, mat, utskillelse av avfallsstoffer, balanse mellom aktivitet og hvile, balanse mellom å være alene og i sosialt samvær, behov for trygghet og velvære, samt behov for selvoppfatning og sosial tilhørighet (Cavanagh, 2001, s. 19). Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov er behov i ulike stadier i menneskelivet og forhold som påvirke disse. Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov kan oppstå ved sykdom, skade, funksjonssvikt eller ved helsebehandling (Cavanagh, 2001, s. 21-24).

Egenomsorgsunderskudd inntreffer når individet ikke evner å gi tilstrekkelig egenomsorg. Det kan være på grunn av sykdom, psykososiale påkjenninger eller manglende tillærte egenomsorgsferdigheter (Cavanagh, 2001, s. 25). Sykepleie utøves her ved å handle for, veilede, støtte, tilrettelegge miljøet for eller ved å undervise pasienten (Petiprin, 2020).

Sykepleiesystemet betegner hvordan pasientens egenomsorg dekkes av sykepleieren, pasienten selv, eller begge. Dette kan foregå i et helt kompensierende-, et delvis kompensierende- eller i et støttende- og undervisende system (Cavanagh, 2001, s. 43). Det er sistnevnte som er aktuell for denne oppgavens tematikk. Her blir sykepleierens rolle å hjelpe pasienten til å utøve egenomsorg, gjennom helseveiledning.

2.4 Helseveiledning

2.4.1 Helseveiledning og endringsarbeid

Veiledning er et overordnet begrep som inkluderer informasjon, undervisning og rådgivning (Tveiten, 2020, s. 98). Når veiledningen har til hensikt å hjelpe mottakeren med mestring av en helse- og sykdomsrelatert situasjon, kalles det «helseveiledning» (Christiansen, 2020a, s. 14). I helseveiledning inngår elementene å lytte, spørre, motivere, støtte, gi råd, informere, undervise og prosessvurdere. Gjennom disse ferdighetene tilrettelegger sykepleieren for at pasienten får en forståelse for hva som er aktuelle handlinger, og hva som eventuelt er til hinder for endring (Christiansen, 2020a, s. 14-15). Gjennom helseveiledning fremmes endringsarbeid, ved at sykepleieren hjelper pasienten til å utforske og formulere sine egne mål. Sykepleieren inntar rollen som en støttespiller. Dette ved å speile pasientens styrker, behov, ønsker og håp (Eide & Eide, 2017, s. 258).

2.4.2 Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen er et rammeverk for planlegging av en veiledningssituasjon. Christiansen (2020c) presenterer en justering av denne modellen, tilpasset helseveiledning. Denne består av seks forhold som er gjensidig avhengig av hverandre i en helseveiledningsprosess. *Pasientens forutsetninger for læring og mestring* innebærer bakenforliggende forhold som alder, modenhet, erfaringer, kultur- og språkbakgrunn, samt livssituasjon (Christiansen, 2020c, s. 50-55). *Situasjonelle-, menneskelige- og materielle ressurser* omfatter forhold ved konteksten veiledningen finner sted i. Menneskelige ressurser vil i denne sammenhengen eksempelvis avhenge av sykepleierens kompetanse og evne til å sette av tid. Materielle ressurser kan være tilgang på utstyr, samt informasjonskanaler som internett og fagbøker (Christiansen, 2020c, s.55-68). *Mål, ønsker, behov og verdier* innebærer hva det er ønskelig å oppnå med helseveiledningen.

Innhold omfatter hvilke temaer det skal veiledes om (Christiansen, 2020c, s. 68-72).

Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid omhandler å benytte metodiske elementer i helseveiledningen, som forklart innledningsvis. Videre innebærer det å tilrettelegge for brukermedvirkning, hvilket forutsetter en personsentrert tilnærming (se kapittel 2.6).

Pasienten skal føle seg sett, respektert og anerkjent, og ikke “presset” til å lære. Da vil empowerment fremmes (Christiansen, 2020d, s. 77- 86). *Prosessvurdering* innebærer at det gjøres en fortløpende vurdering underveis og i etterkant av veiledningen, for å sikre at

informasjonen er forstått og for å rette opp i eventuelle misforståelser (Christiansen, 2020d, s. 86-88)

2.5 Brukermedvirkning og empowerment

Empowerment identifiserer, fremmer og styrker individets mestring av eget liv (Christiansen, 2020b, s. 35; Tveiten, 2020, s. 36). Kjerneverdier er medvirkning, ideen om pasienten som ekspert på eget liv og maktfordeling (Tveiten, 2020, s. 33). Dette fordrer brukermedvirkning (Christiansen, 2020b, s. 35). Sistnevnte inngår i empowerment-prosessen, og kan forstås som at pasienten inkluderes som likeverdig part i diskusjoner og beslutninger som angår vedkommende (Helsedirektoratet, 2017). Som nevnt i kapittel 2.3.2, er dette en lovfestet rettighet som sykepleieren er pliktet å ivareta (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Empowerment er et resultat av selvbevissthet, utvikling og ressurser hos pasienten (Tveiten, 2020, s. 39). Begrepet kan tilknyttes helsepedagogikk, og kan tenkes som et mål med helseveiledningen (Christiansen, 2020b, s. 35). Dette ved at den som veileder tilrettelegger for at pasienten kan ta kontroll over forhold som påvirker egen helse (Tveiten, 2020, s. 97). Slik skjer en maktfordeling fra helsepersonell til pasient (Tveiten, 2020, s. 33).

2.6 Personsentrert sykepleie

Personsentrert sykepleie innebærer å møte pasienten som et aktivt og selvstendig individ (Hobbs, 2009, referert i Brataas, 2011a, s. 31). Fokuset er på pasientens behov og ressurser, og pasienten og sykepleieren møtes som likeverdige parter (Pirhonen et. al., 2017; Johansen, 2020). Dette viser viktigheten av å ha et helhetlig menneskesyn, og se personen *bak* sykdommen. Det er i sykepleien tradisjon for å ivareta helhetlig omsorg for pasienten, noe som blant annet fremgår i punkt 2.3 i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2019). Med synet på mennesket som unikt, individualiseres sykepleien. Personsentrert fokus er dessuten en forutsetning for at sykepleieren kan innfri krav i lovverket om å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt ivareta pasientens rett til medvirkning etter helsepersonelloven (1999, §10) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §§3-1, 3-2 og 3-5) (Brataas, 2011a, s. 31). Med et personsentrert fokus får sykepleieren kjennskap til pasienten som person og vedkommendes ressurser, hvilket kan fremme pasientens læring (Brataas, 2011a, s. 36).

3. Metode

3.1 Valg av metode

Dette er en litterær oppgave, som innebærer at teori og funn er innhentet fra eksisterende fagkunnskap og forskning (Dalland, 2017, s. 207). Jeg har benyttet forsknings- og litteratursøk for å besvare problemstillingen. I dette kapitlet vil jeg beskrive fremgangsmåten i søkeprosessen. Tabell 1 presenterer en oversikt over artikkelsøkene mine. Videre beskrives valg av faglitteratur, samt kildekritikk og etiske overveielser.

3.2 Valg av forskningslitteratur

Arbeidet med bacheloroppgaven begynte med søk etter forskningslitteratur. Dette fordi valgt forskning danner grunnlag for teori og innhold i drøftingsdelen. Artikkelsøkene ble først gjort i Cinahl; en database jeg har tilgang til via høyskolebiblioteket og som jeg har benyttet mye ved skriftlig arbeid under sykepleierstudiet. For å strukturere søket, benyttet jeg et PICO-skjema (se vedlegg 1). MeSH ble brukt for å finne engelske søkeord. Fordi pasientgruppen jeg ønsket å finne forskning om var pasienter med hjerteinfarkt, ble emneordene «myocardial infarction» eller «acute coronary syndrome» benyttet i alle søkene. Emneordene «patient education» og «self-efficacy» ble nevnt i Christiansen (2020b) og i Tveiten (2020), og derfor benyttet i søkene. «Self-efficacy» ble blant annet brukt som et synonymbegrep til empowerment. Ved søk med emneordet «patient education» i Cinahl, dukket også «patient discharge education» opp som forslag. Da helseveiledningen finner sted før pasienten skrives ut til hjemmet, ble dette emneordet brukt.

Resterende emneord fant jeg ved å lese «keywords» til artikler jeg fant underveis. Jeg har også søkt i databasen PubMed. Her ble studien til Svavarsdóttir et al., (2016a) funnet. I tillegg har jeg gjort kjedesøk. Studien til Svavarsdóttir et al., (2016b) fant jeg i referanselisten til kapittel fire i *Helseveiledning* av Christiansen (2020c). Fordi jeg fikk interesse for tittelen, gjorde jeg et søk og fant den i PubMed. Studien til Kleiven et al. (2016) ble funnet i referanselisten til en publisert bacheloroppgave med lignende tema.

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å spesifisere søkene, benyttet jeg inklusjons- og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriterier var at artiklene var publisert etter 2011. Dette fordi jeg ønsket å finne oppdatert forskning. I tillegg ønsket jeg å finne forskning som var fagfelleurdert og huket derfor av «peer reviewed» som kriterie i Cinahl. Søkene ble videre begrenset til artikler med engelsk- eller nordisk språk. Eksklusjonskriterier var artikler publisert før 2011, ikke engelsk- eller nordisk språk og ikke fagfelleurdert. Artiklene ble valgt ut ved at overskrifter vekket nysgjerrighet, og abstrakter ble lest og ansett som relevant for problemstillingen.

3.2.2 Søkematrise

Tabell 1: fremgangsmåte for forskningslitteratursøk.

Nr.	Søkedato	Database	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff	Valgt artikkel
1	01.12.20	Cinahl	("Myocardial infarction" OR "Acute coronary syndrome") AND "Patient discharge education"	59	Publiseringsår: 2011-2020 Fagfelleurdert Engelsk og nordisk språk	16	"Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction."
2	01.12.20	Cinahl	"Myocardial infarction" AND "Patient education" AND "inpatients"	12	Publiseringsår: 2011-2020 Fagfelleurdert Engelsk og nordisk språk	12	"What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction?"
3	05.12.20	PubMed	"Myocardial infarction" AND "Patient education" AND "knowledge" AND "communication skills"	6	Publiseringsår: 2011-2020 Fagfelleurdert Engelsk og nordisk språk	4	"Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals."
4	09.03.21	Cinahl	"Patient centered care" AND ("Myocardial infarction" OR "Acute coronary syndrome") AND "Self-efficacy"	4	Publiseringsår: 2011-2021 Fagfelleurdert. Engelsk og nordisk språk	4	«Effects of person-centred care on health outcomes – A randomized controlled trial in patients with acute coronary syndrome»
5	09.03.21	Cinahl	"Myocardial infarction" AND "self-care"	37	Publiseringsår: 2011-2021 Fagfelleurdert. Engelsk og nordisk språk.	28	"The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomized controlled trial."

3.3 Valg av faglitteratur

I søket etter faglitteratur, har jeg benyttet høskolebibliotekets søkemotor Oria og fått hjelp fra høskolebibliotekarere. I tillegg har jeg lest gjennom referanselister til publiserte bacheloroppgaver med lignende tema. På bakgrunn av problemstillingen, var hovedsakelig faglitteratur som omhandler hjerteinfarkt, helseveiledning, den didaktiske relasjonsmodellen og Dorothea Orems egenomsorgsteori av interesse.

I skriveprosessen har jeg forholdt meg til Christiansens (2020) beskrivelse av helseveiledning og den didaktiske relasjonsmodellen. Videre har jeg supplert med teori om veiledning og sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon i Tveiten (2020), Brataas (2011b), samt noe fra Vifladt & Hopen (2013).

Teori som omhandler sykdomslære og sykepleie ved koronar hjertesykdom, er hentet fra bøker som har vært pensum under sykepleierstudiet. Dette er *Sykdom og behandling* (Ørn & Gansmo, 2016) og *Klinisk sykepleie* (Stubberud et. al., 2016). *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (Stubberud, 2016a) og *Helhetlig hjerterehabilitering* (Mæland, 2006) fant jeg ved søk i Oria. Disse ble valgt som kilder, da jeg fant flere kapitler aktuelle for problemstillingen min.

Jeg har også benyttet oppslagsverk på nettet. Deriblant Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Norsk helseinformatikk, Norsk hjerteinfarktregister, samt stortingsmeldinger og –rapporter, til å innhente nøkkeltall som beskriver hjerteinfarkt som fenomen. Beskrivelser av Orems egenomsorgsteori er funnet i boka *Orems sykepleiemodell i praksis* (Cavanagh, 2001) og i oppslagsverk på nettet (Petiprin, 2020). Juridisk rammeverk for sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon er hentet fra Lovdata, og etisk rammeverk fra Norsk sykepleierforbund (2019).

3.4 Kildekritikk

3.4.1 Forskningslitteratur

Jeg har anvendt både kvalitativ- og kvantitativ forskning. Førstnevnte har til fordel å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste og måle (Dalland, 2017, s. 52). Studiene til Boyde et al. (2015), Fåln et al. (2016), Svavarsdóttir et al. (2016a), Svavarsdóttir et al. (2016b) og Kleiven et al. (2016) presenterer alle kvalitative funn. Kvantitativ forskning har derimot til fordel å presentere data i form av målbare enheter, som gir mulighet for å foreta regneoperasjoner (Dalland, 2017, s. 52). Studiene til Pirhonen et al. (2017) og Mohammadpour et al. (2015) representerer kvantitativ forskningsmetode. Jeg ser fordel ved å ha benyttet forskning med begge metoder, da jeg får belyst refleksjoner som gir dypere innsikt i informantenes tanker og meninger, samtidig som jeg får presentert tall og statistikk som beskriver problemstillingen.

For å kvalitetssikre forskningen, har jeg benyttet Helsebibliotekets (2016) sjekklister for kvalitativ- og kvantitativ forskningsmetode. Jeg har også fått hjelp fra høyskolebibliotekarer i litteratursøk. For å sikre at artiklene jeg fant var forskningsartikler, så jeg etter IMRaD-struktur, da dette er en anvendt norm for oppbygging av forskningslitteratur (Dalland, 2017, s. 163). Tidsskriftene til artiklene jeg fant, ble videre søkt opp i Norsk senter for forskningsdata (2021), og funnet fagfelleverdert.

Konteksten jeg presenterer er på kardiologisk sengepost. Mohammadpour et al. (2015) presenterer i midlertidig forskning gjort ved oppfølging av hjerteinfarktpasienter i tiden etter utskrivelse. Jeg har likevel valgt å inkludere artikkelen da Mohammadpour et al. (2015) var en av få studier jeg fant som omhandler Orems egenomsorgsteori ved veiledning til hjerteinfarktpasienter. Studien til Boyde et al. (2015), Pirhonen et al. (2017) og Svavarsdóttir et al. (2016b) presenterer imidlertid både funn fra tiden mens pasienter var innlagt på sykehus og etter utskrivning. Forskning gjort i tiden etter utskrivelse kan si noe om effekt i etterkant av pasientveiledningen, hvilket jeg anser som interessant.

Forskningen presenterer funn fra både Australia (Boyde et al., 2015), Island (Svavarsdóttir et al., 2016a; Svavarsdóttir et al., 2016b) og Iran (Mohammadpour et al., 2015). Det kan dermed stilles spørsmål ved hvor overførbare funnene er til det norske helsevesenet. Videre er alle artikler skrevet på engelsk, og selv om jeg anser mine engelskferdigheter som gode, må det tas høyde for at oversetting kan ha gitt mistolkninger.

3.4.2 Faglitteratur

Jeg har anvendt nye og oppdaterte fagbøker. Likevel har jeg valgt å inkludere Mæland (2006) og Brataas (2011b), da jeg anså mange av kapitlene som aktuelle for min problemstilling. Henvisninger herfra bør likevel sees med et kritisk syn, da bøkene er skrevet *før* samhandlingsreformen ble innført, en reform jeg ved flere anledninger benevner i oppgaven. Jeg har som nevnt i kapittel 2.4, valgt å forholde meg til Christiansens (2020c) versjon av den didaktiske relasjonsmodellen. Dette fordi den retter seg spesifikt mot helseveiledning.

Ved henvisning til Orems egenomsorgsteori, har jeg som nevnt i kapittel 3.3, forholdt meg til Cavanaghs (2001) beskrivelse. Cavanagh (2001) henviser ved flere anledninger til Orem (1999). Jeg har tilstrebet å benytte primærkilder, men da Orem (1999) ikke var å finne ved høgskolebiblioteket, ble sekundærkilden benyttet. I tillegg referer Brataas (2011a, s. 31) til Hoobs (2009), og Tveiten (2020) til Andreassen (1994). Da jeg ikke har hatt tilgang til disse primærkildene, har jeg henvist til sekundærkilder her.

3.5 Etiske overveielser

Etiske overveielser innebærer å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører (Dalland, 2017, s. 235). Som forklart i kapittel 3.1, er dette en akademisk oppgave som baseres på en litteraturstudie. Korrekt kildehenvisning blir dermed et etisk prinsipp, slik at jeg ikke utgjør andres arbeid for å være mitt eget. For dette, har jeg fulgt Lovisenberg Diakonale Høgskoles retningslinjer for oppgaveskriving (Lovisenberg Diakonale Høgskole, 2021), samt anvendt Kildekompassets (2021) beskrivelse av referansetil APA7th. Videre har jeg som nevnt, benyttet Norsk senter for forskningsdata (2021) og sikret at jeg har anvendt fagfelleverdert forskning. Jeg beskriver ikke egne kliniske erfaringer på feltet, men benevner familiær erfaring. Jeg overholder her taushetsplikten min, og oppgir ikke opplysninger som kan avsløre identitet. Dette for å overholde personvern. Flere av forskningsartiklene jeg har valgt, beskriver også etiske vurderinger tilknyttet forskningen som er gjort.

4. Funn

I dette kapittelet fremlegges forskningsartiklene jeg har valgt å inkludere. Jeg vil først presentere hovedfunn, før detaljene presenteres i en artikkelmatrise.

Samtlige forskningsfunn viser til at det er behov for en endring i måten pasientveiledningen formidles. Essensen av å ha en personsentrert tilnærming når veiledningen skal planlegges og gjennomføres, vektlegges. Dette innebærer at helseveiledningen baseres på pasientens individuelle forutsetninger, behov og ønsker, framfor standardisert sykehusinformasjon. Et tillitsforhold mellom sykepleieren og pasienten blir også presisert som viktig, samt at sykepleieren har relevant kompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter. Videre fremkommer brukermedvirkning som essensielt.

4.1 Artikkelmatrise

Tabell 2: Presentasjon av valgte forskningsartikler

Nr.	Forfatter og år	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Fåln, N., Fridlund, B., Schaufel, M.A., Schei, E. & Norekvål, T.M. (2016).	“Patients’ goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction”	European Journal of Cardiovascular Nursing	Kartlegge pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt sin motivasjon, mål og barrierer for livsstilsendring, ved utskrivelse fra sengepost etter behandling for hjerteinfarkt	Kvalitativ studie der det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med 20 deltakere, 12 menn og 8 kvinner, før utskrivelse ved en hjerteavdeling ved et universitetssykehus i Norge.	Pasienterfaringene ved utskrivelse var varierte. Noen av pasientene oppga å være motivert for livsstilsendring, mens andre ønsket å fortsette på lik måte som før hjerteinfarkt. Barrierer som ble trukket frem var mangel på informasjon, og usikkerhet over å kunne gjenkjenne symptomer på hjerteinfarkt hvis dette skulle oppstå på ny.
2	Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Bannear, S., Lollback, N., Witt, J., Jiggins, L. & Aitken, L. (2015).	“What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction?”	Australian Critical Care	Undersøke hvilke kunnskaper og holdninger, pasienter innlagt for hjerteinfarkt, satt igjen med etter sykehusinnleggelsen.	Kvalitativ metode med observasjonsstudie. 135 hjerteinfarktpasienter, besvarte et spørreskjema med kunnskap om kardiovaskulære risikofaktorer og -symptomer, på utskrivelsestidspunkt og 10 uker etter.	Under sykehusoppholdet mottok 95% av pasientene informasjon og veiledning fra sykepleiere, likevel oppga kun 56% av pasientene i ettertid at de husket å ha fått veiledning. I tillegg oppga 39% av deltakerne kunnskapsmangler ved utskrivelsestidspunktet. Mangel på kunnskap var derimot redusert til 32% ved oppfølging etter 10 uker.

3	Svavarsdóttir, M.H., Sigurðardóttir, Á. K & Steinsbekk, A. (2016a).	“Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals”	European Journal of Cardiovascular Nursing	Undersøke helsepersonell, med erfaring fra pasientopplæring til hjertesyke, sitt syn på hvilke kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for å gjennomføre god pasientveiledning til pasienter med koronar hjertesykdom.	Kvalitativ metode med individuelle dybdeintervju med 19 islandske og norske sykepleiere, fysioterapeuter og kardiologer med klinisk erfaring med pasientveiledning.	Oppdatert teoretisk kunnskap om kardiologisk sykdom, slik som kunnskap om pasienter sine psykososiale reaksjoner, tverrfaglig kompetanse og undervisningsopplæring av helsepersonell, ble oppgitt som viktig av alle informanter. Videre ble klinisk kompetanse trukket frem som viktig for å gjenkjenne reaksjoner og informasjonsbehov hos pasienter. Kommunikasjonsferdigheter ble vektlagt som viktig for å få relasjon med pasienten, gi individualisert veiledning, vise empati og fremme trygghet. I tillegg ble evne til å gjenkjenne barrierer for læring hos pasienten, ansett som viktig.
4	Svavarsdóttir, M.H., Sigurdardottir, A.K. & Steinsbekk, A. (2016b).	“What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary disease”	European Journal of Cardiovascular Nursing	Undersøke hvilke kvaliteter som personer med koronar hjertesykdom anser som viktige hos helsepersonell som skal veilede.	Kvalitativ metode med semistrukturerte individuelle intervjuer av 17 norske og islandske hjerteinfarktpasienter som hadde vært gjennom PCI-behandling og som deltok i pasientopplæring både under og etter utskrivelse fra sykehus.	Informantene mente at forutsetninger for en god veileder er at vedkommende er til å stole på, viser tilstrekkelig med kompetanse innenfor fagfeltet, viser interesse for pasienten og setter av tid til samtale, samt tilrettelegger veiledningen etter kontekst og hver enkelt pasient sine behov.
5	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	Undersøke effekt av personsentrert omsorg gitt til pasienter med akutt koronarsyndrom, og hvordan dette innvirker på deres helseutfall, selvtillit, fysisk aktivitet og evne til å komme seg raskere tilbake i arbeid	Kvantitativ metode med randomisert kontrollstudie. Kontrollgruppe med 105 pasienter mottok standard omsorg, mens intervensjonsgruppe med 94 pasienter mottok personsentrert omsorg i tillegg til standard omsorg.	Av de fire helserelaterte utfallene personsentrert omsorg ble målt opp mot, var det bare “self-efficacy” (mestringsevne) som viste en signifikant behandlingseffekt. Personsentrert omsorg viser i midlertid å kunne påvirke atferd i en helsefremmende retning, og slik forbedre pasientens generelle helse, utover det som kan forventes å oppnås med standard omsorg. Videre har pasienter som mottar personsentrert omsorg vist seg å komme raskere tilbake i arbeid og til tidligere fysisk aktivitetsnivå, samt at de samlet sett har bedre helseutfall. Men disse resultatene er ikke signifikante.

6	<p>Mohammad pour, A., Sharghi, N. R., Khosravan, S., Alami, A. & Akhond, M. (2015)</p>	<p>“The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem’s self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial”</p>	<p>Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Undersøke effekten av et støttende undervisningsprogram basert på Orem sin egenomsorgsteori, på hjerteinfarktpasienter sin egenomsorgsevne.</p>	<p>Kvantitativ metode med randomisert kontrollstudie. 66 hjerteinfarktpasienter nylig utskrevet fra to sykehus i Iran, ble delt inn i en intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Pasientene i intervensjonsgruppen mottok undervisning og støtte basert på Ore sin egenomsorgsteori, mens pasientene i kontrollgruppen ikke mottok noen intervensjon.</p>	<p>Intervensjonsgruppen viste betydelig økt egenomsorgskunnskaper, motivasjon og ferdigheter etter intervensjonen. Deltakerne i kontrollgruppen viste derimot ingen endring. Dette til tross for ingen statistiske forskjeller mellom de to gruppene tilknyttet individuelle forutsetninger, livsstilsfaktorer, eller kunnskap, motivasjon og ferdigheter, før intervensjonen.</p> <p>Lave nivåer av egenomsorg før intervensjonen, viser et tydelig behov for veiledning blant hjerteinfarktpasienter. Orem sitt støttende og undervisende sykepleiesystem (se kapittel 2.3.4) kan fremme hjerteinfarktpasienter sin evne til god egenomsorg. Modellen anbefales derfor for å fremme sykepleiere sin kliniske praksis og forbedre behandlingsresultater</p>
7	<p>Kleiven, O. T., Kyte, L. & Kvigne, K. (2016)</p>	<p>“Sykepleieverdier under press?”</p>	<p>Nordisk sykeplejeforskning</p>	<p>Utforske hvordan rammefaktorer kan innvirke på sykepleiere sine prioritinger i praksis, og hvilke konsekvenser dette har for yrkesidentitet og pasientbehandling</p>	<p>Kvalitativ metode med fokusgruppeintervjuer med sykepleiere i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten</p>	<p>Rammefaktorer som tidspres, mangel på ressurser og for mange arbeidsoppgaver utfordrer sykepleieverdier, ved at fokus på å få unnagjort oppgaver blir større enn den relasjonelle pasientkontakten og omsorgsperspektivet. Oppgaver sykepleiere blir målt og vurdert på prioriteres, hvilket gjør at pasientens psykososiale behov og viktige sykepleieoppgaver, som eksempelvis veiledning, tilsidesettes og nedprioriteres.</p>

5. Diskusjon

I denne delen av oppgaven besvares problemstillingen, med utgangspunkt i valgt teori og forskningsfunn. Den didaktiske relasjonsmodellens seks elementer danner grunnlag for besvarelsen. Dette fordi jeg har valgt å benytte denne modellen som pedagogisk sykepleiefaglig verktøy, men også for å skape struktur og oversikt i oppgaven. Som nevnt i kapittel 2.4.2, innvirker elementene på hverandre. Det må derfor tas høyde for at temaer kan gjentas.

Min problemstilling er;

«Hvordan kan sykepleier på sengepost gjennom helseveiledning, fremme god egenomsorg hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt?»

5.1 Pasientens forutsetninger for læring og mestring

Sykepleieren må gi individualisert tilpasset informasjon. Det krever at hen først og fremst gjør seg kjent med pasientens forutsetninger for læring og mestring. Dette inngår dessuten som et krav i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5), samt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.5 (Norsk sykepleierforbund, 2019). Som nevnt i kapittel 2.4.2 kan alder, erfaringer, kultur- og språkbakgrunn, livssituasjon, sykdomstilstand og kontekst innvirke på helseveiledningen (Christiansen, 2020c, s. 50). Ved å ta hensyn til disse faktorene, kan sykepleieren tilrettelegge for en personsentrert pedagogisk tilnærming i veiledningsprosessen (Brataas, 2011, s. 31).

På en kardiologisk sengepost møter sykepleieren pasienter med ulik bakgrunn. Eksempelvis kan kulturelle- og religiøse forhold gi ulik oppfatning av sykdommen og behandlingen. Sykepleieren må derfor besitte kulturell kompetanse, hvilket innebærer evne til å involvere seg i og respektere kulturelle forskjeller (Solholm, 2011, s. 201). Pasienten kan også selv ha helsefaglig bakgrunn, eller ha gjennomgått et hjerteinfarkt tidligere. I slike tilfeller må ikke sykepleieren tenke at pasienten har mindre behov for informasjon. Som nevnt i kapittel 2.2, fører akutt og kritisk sykdom til psykososiale påkjenninger som gir behov for trygging gjennom informasjonsgivning. Dessuten kan en person med helsefaglig kunnskap og

kompetanse, oppleve vansker med å anvende denne når hen selv rammes av sykdom. Dersom pasienten har gjennomgått et hjerteinfarkt tidligere, kan nettopp manglende kunnskaper om ivaretagelse av egenomsorg og sekundærforebygging ha fremprovosert et nytt infarkt.

Boyde et al. (2015) fant at veiledning til hjerteinfarktpasienter på sengepost er utfordrende, da det er kort tid etter infarkt og den akutte behandlingen. Pasienten kan føle på engstelse, fatigue og konsentrasjonsvansker, og oppleve det vanskelig å ta til seg informasjon. Tanker og forstyrrelser kan ta mye plass og «stjele» overskudd til bearbeidelse av andre inntrykk (Christiansen, 2020c, s. 51). Videre fant Boyde et al. (2015) at til tross for at 95 prosent av pasientene mottok veiledning under sykehusinnleggelsen, oppga bare 56 prosent å ha fått dette på utskrivelsestidspunktet. I tillegg viste en tredjedel inadekvat kunnskap om sykdommen. Fålan et al. (2016) fant samtidig at pasientene opplevde det vanskelig å forstå hvordan de skulle leve videre med hjerteinfarkt, samt å kunne gjenkjenne symptomer og forstå risikofaktorer. Disse funnene kan gi en indikasjon på at informasjon ble gitt på et stadium der pasientene var mindre mottakelige for den.

Sykepleieren må ta hensyn til pasientens forkunnskaper (Tveiten 2020, s. 91). Svavarsdóttir et al. (2016b) fant at pasientene opplevde mer tillit til helsepersonell som inkluderte deres forkunnskaper i pasientveiledningen. Sykepleieren må likevel ha forståelse for at selv om pasienten besitter relevant kunnskap er det ikke sikkert hen er i stand til å iverksette denne hensiktsmessig (Christiansen, 2020c, s. 53). Eksempelvis er oftest en person som røyker klar over at dette har negative helseeffekter, uten å kutte ut røyken av den grunn. Dagens teknologi gjør det også enkelt å innhente opplysninger fra internett. I midlertid er ikke all nettinformasjon troverdig, og sykepleieren må derfor stille seg kritisk til informasjon pasientene innhenter herfra (Tveiten, 2020, s. 92). En sykepleier som deltok i studien til Svavarsdóttir et al. (2016a) oppga at flere unge pasienter er oppdatert på nettet, og at helsepersonell må være kapabel til å ha innsikt i denne informasjonen. Dette for å blant annet kunne korrigere eventuelle feilaktige forestillinger pasienten har om sykdommen, behandlingen og/eller prognosen.

Videre må sykepleieren tilpasse sin kommunikasjon slik at pasienten forstår. Omfattende informasjon og bruk av fagterminologi kan gjøre at pasienten går glipp av viktig innhold (Meld. St. 7 (2019-2020)). Pasienten kan også ha et annet morsmål, hvilket gir behov for tolk. Sykepleieren må tilpasse sin kommunikasjon etter pasientens forutsetninger. Evne til å vise tilstedeværelse, benytte bekræftende- og utforskende ferdigheter, stille åpne spørsmål og stimulere til refleksjon er essensielle kommunikasjonsferdigheter i denne sammenheng (Eide & Eide, 2017, s. 269). Svavarsdóttir et al. (2016a) fant at evne til å etablere en mellommenneskelig relasjon med tillit og å fange pasientens læringsbehov og motivasjon, er grunnlaget for god kommunikasjon.

5.2 Situasjonelle-, menneskelige- og materielle ressurser

Sykepleieren må ta hensyn til situasjonelle faktorer som kan innvirke på helseveiledningen. Først og fremst befinner pasienten seg i en sykehuskontekst. Sykehusrutiner kan innvirke på evne til læring. Sykehusomgivelser er heller ikke alltid tilpasset en veiledningssituasjon (Christiansen, 2020c, s. 57-58). Sykepleieren må likevel tilstrebe å tilrettelegge for et egnet rom med minst mulig forstyrrelser (Tveiten, 2020, s. 95). Dette er utfordrende på en travel sengepost. Det er dessuten ikke selvsagt at pasienten har enerom under oppholdet. Ro under helseveiledningen er essensielt for at begge parter kan reflektere over og fordøye inntrykk. Svavarsdóttir et al. (2016b) fant at pasienter opplevde det som viktig at veilederen valgte ut riktig tid og situasjon å gi veiledningen. Videre fremkom det at mangel på privatliv under sykehusoppholdet hindret pasientene i å spørre, dele og diskutere informasjon med sykepleierne. Noen av pasientene opplevde det som ubehagelig å snakke i nærhet av andre pasienter. Dette fordi de fryktet at spørsmålene deres skulle bli oppfattet som «dumme».

Redusert liggetid på sykehus og en travel sykehuspost, gir utfordringer for helseveiledningen. Å formidle relevant kunnskap på et passende tidspunkt som fremmer læring, er vanskelig. Som nevnt innledningsvis, har det blitt en reduksjon i antall liggedøgn på sykehus etter et hjerteinfarkt, etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012. Dette utfordrer tiden til helseveiledning (Boyde et al., 2015; Fållun et al., 2016). Dessuten krever helseveiledning planlegging, hvilket er krevende når innleggelsestiden ved en sengepost er kort og uforutsigbar. Tidspress utfordrer videre sykepleieres yrkesidentitet og grunnleggende verdier. Mangel på ressurser og stor arbeidsbelastning kan medføre at pasientens psykososiale behov

og relasjonsbygging nedprioriteres. Følgelig blir viktige sykepleieoppgaver som veiledning, tilsidesatt for målbare- og tekniske oppgaver (Kleiven et al., 2016).

Tidspress utfordrer dessuten sykepleierens tilgjengelighet, og dermed pasientens mulighet til å søke veiledning. Pasienten kan merke sykepleierens tidspress og unngå å etterspørre informasjon, i frykt for å oppta sykepleierens tid (Christiansen, 2020c, s. 60-61).

Svavarsdóttir et al. (2016b) fant at pasientene følte seg mer avslappet og mottakelige for informasjon, når veilederen viste tilstedeværelse og tid til samtale. Dette gjorde det lettere for pasientene å snakke “fritt”, stille spørsmål og diskutere. Videre fremkom det at effekt av veiledningen ikke bare baserte seg på tid satt av, men også *hvordan* tiden ble brukt.

Pasientene foretrakk at veiledningen var uformell og hverdagslig. For at sykepleieren skal kunne tilrettelegge helseveiledningen, er hen i midlertid avhengig av et system som gir rom og tid til dette (Svavarsdóttir et al., 2016b). Dagens effektivisering av helsevesenet utfordrer dette.

Sykepleieren er en menneskelig ressurs i helseveiledningen, og kompetansen hen har er dermed avgjørende (Christiansen, 2020c, s. 58). Som sykepleier er man aldri ferdig utlært. En må dermed kontinuerlig tilegne seg ny og oppdatert kunnskap og kompetanse. Viktigheten av dette fremkommer i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 1.4 (Norsk sykepleierforbund, 2019). I tillegg er “forskning og fagutvikling” en av sykepleierens funksjonsområder. Svavarsdóttir et al. (2016b) fant at pasientene opplevde det som viktig å føle at helsepersonellet visste hva de snakket om. Dette forutsatte at veilederen fremsto komfortabel og kompetent ved besvaring av pasientenes spørsmål. Videre ble oppdatert teoretisk- og medisinsk kompetanse, samt kunnskap om psykososiale reaksjoner, fremlagt som viktig i studien til Svavarsdóttir et al. (2016a). En forutsetning for effekt, er i midlertid at sykepleieren viser seg dedikert innenfor fagområdet. Når sykepleieren besitter kunnskap pasienten har behov for, oppstår det et maktforhold som kan utfordre de humanistiske verdiene i helseveiledningen. Det er viktig at sykepleieren har en varsom tilnærming og ikke misbruker dette. I stedet for å komme med svarene, skal sykepleieren lede pasienten til å *selv* finne dem (Tveiten, 2020, s. 101-102).

Teknologiske fremskritt gjør det lettere for pasienten å innhente opplysninger selv, eksempelvis fra nettkilder (Christiansen, 2020c; Meld. St. 7 (2019-2020); Tveiten, 2020). Informasjon fra flere kanaler kan i midlertid skape usikkerhet hos pasienten. I tillegg kan det gjøre det vanskeligere for sykepleieren å nå frem med seriøs kunnskapsbasert helseinformasjon, og skille ut feilinformasjon. Sykepleieren kan med fordel oppmuntre pasienten til å innhente kunnskap fra nettkilder, ved å informere om netjtjenester med *troverdighet*. Det er positivt at pasienten selv tar initiativ til å innhente og lese seg opp på egen sykdom og behandling, så lenge dette er faglig dokumentert kunnskap (Christiansen, 2020c, s. 63-66).

5.3 Mål, ønsker, behov og verdier

Mål for helseveiledningen må klargjøres av sykepleieren og pasienten sammen (Christiansen, 2020c, s. 69), og bør være konkrete, tidfestede og målbare (Tveiten, 2020, s. 93). Som nevnt i kapittel 5.1 og 5.2, kan pasientens mottakelighet for informasjon være nedsatt grunnet psykososiale reaksjoner på hjerteinfarkt og behandlingen. Langsiktige mål kan dermed virke omfattende. «Prosessmål», hvilket innebærer å utarbeide kortsiktige delmål på veien mot langsiktige mål, kan dermed være gunstig. Dette fordi det gir mulighet til å justere målene underveis (Christiansen, 2020c, s. 69). Fålung et al. (2016) fant at pasienter på utskrivelsestidspunktet fokuserte på nettopp kortsiktige mål. Pasientene hevdet at deres strategi var å begynne forsiktig, for så å etter hvert øke aktivitet.

Sykepleieren skal gjøre pasienten bevisst sine ønsker, behov og verdier, og medvirke til at disse realiseres. Dette kan forankres i punkt 2.2 i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det innebærer at sykepleieren frigir makt og kontroll, og stiller seg utforskende og interessert i hva som oppleves som viktig for pasienten (Eide & Eide, s. 258-259). Svavarsdóttir et al. (2016a) fant at veilederen sin rolle er å inspirere, informere, støtte og tilrettelegge for at pasienten kan identifisere og oppnå sine mål. Videre fremkom det at evne til å utforske og gjenkjenne pasientens barrierer, samt evne og motivasjon til å lære, er viktig. Pasienten kan allerede tidlig i sykdomsforløpet ha dannet seg et bilde av sykdommen og sin situasjon. Dette innebærer også forventninger om hva som skal skje videre (Mæland, 2006, s. 59). Forventninger kan innvirke på vedkommendes handlinger etter utskrivelse (Sørli & Bergvik, 2020, s. 93). Pasienter i studien til Fålung et al. (2016) opplevde hjerteinfarkt som et

vendepunkt i deres liv som ga mulighet til å endre livsretning. Forståelse av at livet er uforutsigbart, fikk flere til å reflektere rundt eksistensielle spørsmål og viktigheten av å verdsette livet “her og nå”, samt å “ta en dag om gangen”.

Sykepleieren må være forberedt på at pasienten kan ha mål, ønsker, behov og verdier som strider mot helseveiledningens mål, samt oppleve ambivalens. Noen av pasientene i studien til Fålun et al. (2016) oppga blant annet å ikke ha behov for livsstilsendringer, og noen ønsket ikke hjelp. Pasienter kan videre ha ulike reaksjons- og mestringsstrategier. For noen kan dette eksempelvis være å benekte sykdommen, samt avvise råd og veiledning (Sørli & Bergvik, 2020, s. 102). Det er heller ikke alle pasienter som er like interessert for eller pågående etter informasjon, spesielt ikke den første tiden etter hjerteinfarkt. Helseveiledningen må derfor gis som et *tilbud*, som pasienten selv velger å ta imot eller ikke (Mæland, 2006, s. 58). Et tilfelle der pasienten motsetter seg hjelp, kan være utfordrende for sykepleieren som har et ønske om å tilby hjelp. Samtidig må pasientens autonomi og integritet (selvbestemmelse) respekteres. Dette fremgår blant annet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.4 og 2.5 (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dersom pasienten motsetter seg tilbudet om helseveiledning, er sykepleieren i midlertid pliktet til å gi informasjon om konsekvenser av at helseveiledningen ikke gis, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §4-1).

Som nevnt innledningsvis i oppgaven, har jeg valgt å fokusere på personer som gjennomgår et hjerteinfarkt i yrkesaktiv alder. Dette er en pasientgruppe som kan ha flere år igjen av sitt yrkesliv. Et sentralt mål for disse pasientene kan dermed være å komme raskt tilbake i arbeid. For noen er det gunstig å gjenoppta arbeidet tidlig, mens andre kan ha behov for lenger på å forberede seg. Det kan dessuten avhenge av type arbeid pasienten har. Eksempelvis er det forskjell på å arbeide i en fysisk krevende jobb og å ha stillesittende arbeid. Noen, kanskje spesielt de med få år igjen før pensjonsalder, kan tenke at å bli uførepensjonert er beste løsning. Sykepleieren må utforske pasientens motivasjon og tanker om å komme tilbake i arbeid. Mæland (2006, s. 59) trekker frem at en pasient som har en forventning om å komme raskt tilbake i arbeid, har større sannsynlighet for dette, enn en som ikke har en slik forventning.

Sykepleieren må videre etterspørre pasientens barrierer. Ifølge Fålun et al. (2016) kan dette hjelpe pasienten til å reflektere over hverdagen som møter hen etter hjerteinfarkt. Det må også hindres at hjerteinfarkt ansees som en «livskrise». Ifølge Mæland (2006, s. 61) blir helsepersonell ofte opplært til å fokusere på problemområder, og kan glemme at flertallet av pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt sjelden opplever varige følger. Informasjonen bør orienteres rundt pasientens ressurser og hvordan disse kan forsterkes gjennom livsstilsintervensjoner.

5.4 Innhold

Innhold baseres på pasientens ønsker, behov og mål, og planlegges av sykepleieren og pasienten sammen (Christiansen, 2020c, s. 71). Svavarsdóttir et al. (2016b) fant følgende emner som sentrale å ha kunnskap om; patofysiologi og risikofaktorer, symptomer, forekomst og prognose, forebyggende- og helsefremmede tiltak, komorbiditet, psykososiale reaksjoner og tilgjengelige tjenester. Samtidig kan dette variere ut ifra pasientens forutsetninger, som nevnt i kapittel 5.1.

Boyde et al. (2015) trekker frem at kunnskap er assosiert som et sentralt førstetiltak for å fremme pasientens egenomsorg. Opplæring i egenomsorg blir også løftet frem som viktige satsingspunkter i Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 7 (2019–2020), s. 10). Hensikten med informasjonen er å gjøre pasienten i stand til å takle utfordringene hen møter etter utskrivelse, samt redusere reinnleggelser (Mæland, 2006, s. 61). Helseveiledningen må derfor øke pasientens helsekompetanse. Dette betyr at pasienten tilegner seg helseinformasjon for å kunne iverksette helsefremmende tiltak (Meld. St. 7 (2019–2020), s. 18). Det fremkommer dessuten i de yrkesetiske retningslinjene, at sykepleieren er ansvarlig for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Å kunne gjenkjenne symptomer og hvordan man skal forholde seg til disse, var et gjentagende tema i Fålun et al. (2016) sin studie. Dette bør inngå som et sentralt tema i helseveiledningen, ettersom respons er avgjørende for prognose når hjerteinfarkt inntreffer. Kartlegging av utløsende årsaker til hjerteinfarkt, ble også ansett som viktig i nevnt studie. Sykepleieren bør kunne tilby undervisning i grunnleggende anatomi og fysiologi, samt patofysiologi (som nevnt i kapittel 2.1). Videre må sykepleieren hjelpe pasienten til å velge en livsstil som reduserer risiko for nytt hjerteinfarkt, komplikasjoner og/eller forverring av

hjertesykdommen (Mæland, 2006, s. 61). Røyking, høyt kolesterol i blodet, hypertensjon, fysisk inaktivitet, overvekt og psykisk stress, er alle forhold som gir risiko for tilbakefall og/eller tidlig død blant personer med gjennomgått hjerteinfarkt (Mæland, 2006, s. 117-118). Sykepleieren må opplyse pasienten om dette, samt om sekundærforebyggende tiltak. Sistnevnte kan eksempelvis innebære røykeslutt dersom personen røyker, et hjertevennlig kosthold, samt fysisk aktivitet (Mæland, 2006, s. 124).

Sykepleieren må også forberede pasienten på psykososiale reaksjoner som kan oppstå i etterkant av utskrivelsen. Som nevnt i kapittel 2.2 er slike reaksjoner hyppig forekommende. Både angst og depresjon er komorbide diagnoser til hjerte- og karsykdommer. Disse er uheldig for prognose, da det kan gi risiko for tilbakefall og redusert sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid (Sørli & Bergvik, 2020, s. 99-101). Et tema som gikk igjen i Fållun et al. (2016) sin studie, var pasientenes opplevelse av usikkerhet tilknyttet hvordan hjerteinfarkt ville påvirke hverdagen etter utskrivelse. Fatigue, nedstemthet og usikkerhet er vanlige reaksjoner etter hjemkomst (Mæland, 2006, s. 61). Å komme tilbake i arbeid, kan også være et psykososialt behov pasienten har, som bør inngå i helseveiledningen. Det er viktig at ikke sykemeldingsperioden blir lengre enn nødvendig, da dette både kan gi konsekvenser for pasientens psykososiale behov, samt være ugunstig i et samfunnsøkonomisk perspektiv (Mæland, 2006, s. 138).

Sykepleieren må videre informere om hvor pasienten kan søke mer informasjon etter utskrivelse. Ifølge Svavarsdóttir et al. (2016b) og Mæland (2006, s. 128) opplever mange hjerteinfarktpasienter det vanskelig å overholde livsstilsråd. Informantene i Svavarsdóttir et al. (2016a) sin studie, fremla også dette temaet som vanskeligst å veilede pasientene om. Pasienter kan være motiverte for livsstilsendring rett etter hjerteinfarkt, men lett havne i "gamle vaner" etter hjemkomst. I Meld. St. 7 (2019–2020), s. 10) står det at «pasienten skal oppleve forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet, vite at det er kort vei til god og profesjonell hjelp når det trengs, og vite hvor denne hjelpen er å finne». Sykepleieren kan informere om opplæringstilbud gjennom interesse- og pasientorganisasjoner, samt polikliniske- og kommunale hjerterehabiliteringsprogram. Boyde et al. (2015) fant at til tross for at pasientene viste inadekvat kunnskap om sykdommen på utskrivelsestidspunktet, var mangel på kunnskap redusert til 32 prosent ved oppfølging etter ti uker. Dette kan vise til at pasienter har fått mer kunnskap og/eller hatt bedre utbytte av informasjon og veiledning over tid.

5.5 Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid

Sykepleieren må benytte metodiske elementer i helseveiledningen. Som nevnt i kapittel 2.4.1, innebærer dette å spørre, lytte, motivere, støtte, gi råd, informere, undervise og prosessvurdere. Samtidig skal det tilrettelegges for brukermedvirkning og toleranse, uansett metode (Christiansen, 2020d, s. 77-78). Pasienten skal føle seg sett og at hen blir lyttet til. Dette krever ro og tid til å bearbeide kunnskap og inntrykk. I endringsarbeid inngår å undersøke hvordan pasienten forholder seg til sitt helseproblem (Christiansen, 2020d, s. 85). Målet er å endre pasientens levevaner i en positiv retning. Dette er i midlertid først og fremst noe pasienten *selv* må være motivert for, samt ta initiativ til.

Orems undervisende- og støttende sykepleiesystem er aktuelt å anvende når sykepleieren skal veilede hjerteinfarktpasienten til god egenomsorg, i denne konteksten. Mohammadpour et al. (2015) undersøkte hvilken intervensjon Orems egenomsorgsteori hadde for hjerteinfarktpasienter. Resultater viste at Orems støttende- og undervisende sykepleiesystem, er hjelpelig når helsepersonell skal identifisere og innfri hjerteinfarktpasientens egenomsorgsbehov. Dette ved at deres egenomsorgsevne innfris. Sykepleieren inntar rollen som veileder og rådgiver, og støtter pasienten gjennom en endringsprosess. Videre bidrar informasjon til å øke pasientens kunnskap og forståelse, hvilket er kjernekomponentene i egenomsorg (Mohammadpour et al., 2015).

Som nevnt fremgår et behov for individualisert informasjon framfor standard sykehusinformasjon, i samtlige forskningsfunn (Boyde et al., 2015; Fålnun et al., 2016; Pirhonen et al., 2017; Svavarsdóttir et al., 2016a; Svavarsdóttir et al., 2016b). Standardisert informasjon kan ha liten nytteverdi når den gis på en hektisk sengepost. Når informasjonen er individualisert tilpasses innhold, metode og progresjon etter den enkelte pasientens forutsetninger. I tillegg tilrettelegges det for toveiskommunikasjon (Christiansen, 2020d, s. 78). Samtidig kan det være en fordel at individualisert helseveiledning kombineres med standardisert informasjon (Mæland, 2006, s. 62-63). Dette ved at sykepleieren eksempelvis deler ut brosjyrer og informasjonsskriv underveis i helseveiledningen. Det kan eksempelvis være gunstig når informasjon om livsstilsintervensjoner skal gis, og når det skal tilrettelegges for brukermedvirkning (Sørli & Bergvik, 2020, s. 97). Svavarsdóttir et al. (2016a) fant at økt psykososialt velvære ble rapportert hos pasienter som mottok personsentrert informasjon, sammenlignet med de som fikk standardisert sykehusinformasjon.

Sykepleieren må som nevnt, tilstrebe en personsentrert tilnærming. Dette fordrer en åpen og aksepterende holdning, evne til innlevelse i pasientens opplevelse, samt formidling av håp. Videre er et helhetlig menneskesyn en forutsetning, som nevnt i kapittel 2.6. Det fremkommer også i de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.3 at sykepleieren ivaretar pasientens behov for helhetlig omsorg. Dette avhenger av at det tas hensyn til pasientens evner og ressurser til modning, vekst og utvikling (Sørli & Bergvik, 2020, s. 98). Svavarsdóttir et al. (2016b) fant at pasientenes tillitsforhold økte når sykepleieren viste interesse og respekt, samt så hvordan hjerteinfarkt påvirket alle aspekter ved livet deres; både fysiske- og psykososiale. Pirhonen et al. (2017) undersøkte effekten av personsentrert omsorg etter et hjerteinfarkt, i forhold til fire helserelaterede utfall. Resultatet viste en signifikant effekt tilknyttet empowerment. Videre viste en personsentrert tilnærming å gjøre pasientene i bedre stand til å komme raskere tilbake i arbeid og i tidligere fysisk aktivitet.

Empowerment gjenspeiler en personsentrert tilnærming, og krever at sykepleieren har spesifikke holdninger. Sykepleieren må i større grad være en støttespiller, rådgiver og ressursperson, fremfor “ekspert”, og være tolerant og fleksibel for at pasienten kan ha andre meninger og behov (Christiansen, 2020d, s. 79). Svavarsdóttir et al. (2016b) fant det essensielt at sykepleieren gjorde veiledningssamtalen mindre formell. Videre fremkom det at tillitsforholdet økte når sykepleieren viste interesse for og lyttet til pasientene. Å etablere et tillitsforhold var dessuten avhengig av at sykepleieren var god på å tilnærme seg den enkelte pasient med likestilling og respekt, samt innrømmet egne kunnskapsmangler. Videre beskrev pasientene i studien det som uheldig når veilederen ikke lyttet til deres synspunkter eller respekterte deres kunnskap, samt benyttet monolog framfor toveiskommunikasjon. Dette resulterte i at pasientene mistet tillit til veilederen og informasjonen de kom med.

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) blir “Pasientens helsetjeneste” lagt frem, hvilket innebærer at det skal satses på pasienten som en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Effektiviseringen av helsevesenet med kortere liggetid og raskere utskrivelser, forsterker behovet for opplæring slik at pasienten kan ta ansvar for egen bedring og helse etter utskrivelse. Forutsetninger er at pasienten blir lyttet til ved formidling av behov, verdier, ønsker og mål. Dette for at pasienten i samråd med helsepersonellet, skal kunne iverksette tiltak basert på sine ressurser. (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 9-10). Ideen samsvarer med brukermedvirkning, hvilket som nevnt er en pasientrettighet (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Det er vist bedre behandlingsutfall når pasienten deltar i

planleggingen og gjennomføringen av egen behandling (Sørli & Bergvik, 2020, s. 93). Sykepleieren skal tilrettelegge for at pasienten kan mobilisere sine ressurser og ta ansvar for egen situasjon (Sørli & Bergvik, 2020, s. 98).

Svavarsdóttir et al. (2016b) presiserer at pasienten er den viktigste pådriveren for endring. Involvering av pasienten i helsebeslutninger, gir dermed mer treffsikker forebygging, behandling og oppfølging (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 16). Selv om sykepleieren har sykepleiefaglig- og medisinsk kompetanse, er det pasienten som har den subjektive opplevelsen av sin situasjon og læringsbehov (Christiansen, 2020c, s. 50). Pasienten må dermed gis anledning til å uttrykke seg. Dette kan gi opplysninger om vedkommendes holdnings-, kunnskaps- og forståelsesgrunnlag (Tveiten, 2020, s. 92), og klargjøre behovet for helseveiledning. Gjennom brukermedvirkning suppleres sykepleierens faglige og profesjonelle kunnskap med pasientens erfaringsbaserte kunnskap (Andreassen, 1994, referert i Tveiten, 2020, s. 40). Det presiseres også av Fålun et al. (2016), at selve essensen med å inneha en personsentrert tilnærming, er å involvere pasienten som aktiv og myndig i vedkommendes omsorg, behandling og fremtidige liv

5.6 Prosessvurdering

Som nevnt i kapittel 2.4, må sykepleieren både underveis og i etterkant av helseveiledningen, kontrollere hva pasienten har fått med seg av informasjon. Dette er essensielt for at sykepleieren skal forstå hvordan pasienten ligger an i læringsforløpet, og kunne gjøre justeringer ved behov. Prosessvurdering gir med andre ord sykepleieren mulighet til å tilpasse og individualisere helseveiledningen. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5), inngår at helsepersonell skal sikre at mottakeren har forstått innhold og betydning av informasjonen som er gitt. Dette understøttes også av punkt 2.5 i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Prosessvurdering sikrer at læring og mestring fremmes på best mulig måte, og kan klargjøre om planlagte mål er realistiske. Videre kartlegges det for om det er behov for mer støtte og oppfølging (Christiansen, 2020e, s. 196). Sykepleieren prosessvurderer ved å kontinuerlig observere og identifisere pasientens utbytte av helseveiledningen. En metode kan eksempelvis være å be pasienten om å gjenfortelle innhold (Christiansen, 2020d, s. 86).

Tidspress og mangel på ressurser kan i midlertid skape utfordringer for prosessvurderingen (Christiansen, 2020d, s. 88). Både Boyde et al. (2015) og Fålun et al. (2016) hevder i sine studier at kort behandlings- og innleggelsestid, utfordrer tid for refleksjon og interaksjon mellom sykepleieren og pasienten. Den korte liggetiden vanskeliggjør dessuten individualisert helseveiledning, da dette avhenger av relasjonsbygging mellom sykepleieren og pasienten, hvilket er en tidskrevende prosess. Videre blir det mindre tid til å informere og gi råd relatert til oppfølgingstilbud etter utskrivelse. Utfall når pasienten utskrives med informasjonsmangler er uheldig, da det kan relateres til komplikasjoner og reinnleggelser.

Svavarsdóttir et al. (2016b) fant at flere pasienter oppga å ha begrenset utbytte av pasientveiledningen under sykehusinnleggelsen. Dette fordi de ikke var i stand til å motta og bearbeide informasjon så kort tid etter hjerteinfarkt. Alle pasientene som deltok i studien, vektla dermed et behov for repetisjon og mer pasientveiledning etter utskrivelse. Sykepleieren må også benytte prosessvurderingen til å kartlegge hva pasienten har behov for av videre informasjon, samt informere om helsetjenester pasienten kan benytte i tiden etter utskrivelse.

6. Konklusjon

Dette litteraturstudiet har undersøkt hvordan sykepleieren på sengepost kan veilede hjerteinfarktpasienten til god egenomsorg. En pasient som har gjennomgått et hjerteinfarkt er i behov av hjerterehabilitering (Mæland, 2006), og dette begynner allerede mens pasienten er innlagt på sengepost med helseveiledning.

For å fremme god egenomsorg hos hjerteinfarktpasienten, kan sykepleieren anvende det støttende- og undervisende sykepleiesystemet tilknyttet Orems egenomsorgsteori. Videre er den didaktiske relasjonsmodellen et egnet pedagogisk verktøy i denne sammenheng. Dette fordi modellen understreker betydningen av individualisering, ved å vise til en helhetstenking og gjensidige innvirkende forhold på helseveiledningssituasjonen (Christiansen, 2020c, s. 71). I tillegg vektlegger modellen brukermedvirkning og empowerment, som er kjerneelementer i helseveiledningen og i en personsentrert pedagogisk veiledningsprosess. Litteraturstudiet fant betydningen av en personsentrert pedagogisk tilnærming i helseveiledningen, og at det gis individualisert tilpasset informasjon. Vellykket helseveiledning avhenger dessuten av sykepleierens kunnskaper, kompetanse og kommunikasjonsferdigheter, samt evne til å tilnærme seg den enkelte pasient og skape et tillitsforhold.

Forskning viser at pasientveiledningen på sykehuset før utskrivelse, er mangelfull. Dette kan tilknyttes dagens effektivisering av helsevesenet med kort liggetid på sykehus.

Tidsperspektivet utfordrer aspekter ved helseveiledningen, slik som planlegging og gjennomføring, samt pasientens mottakelighet for informasjon på et tidlig stadie. Videre gjør tidspress sykepleiere mer fokusert på å gjennomføre oppgaver de blir målt og vurdert på. Dette fører til at andre viktige sykepleieoppgaver, slik som undervisning og veiledning, nedprioriteres. Tatt i betraktning av nevnte faktorer, må det tas høyde for at informasjon gitt under sykehusoppholdet kan være mangelfull og/eller bli glemt. En sentral del av helseveiledningen vil dermed også innebære at sykepleieren informerer om hvor pasienten kan søke mer helseveiledning etter utskrivelse. Eksempler på dette er interesse- og pasientorganisasjoner, samt polikliniske- og kommunale helsetjenester som tilbyr hjerterehabiliteringsprogram.

Referanseliste

- Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Bannear, S., Lollback, N., Witt, J., Jiggins, L. & Aitken, L. (2015). What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? *Australian Critical Care*, (28), 134-139.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2014.05.003>
- Brataas, H. V. (2011a). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 31-36). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brataas, H. (Red.). (2011b). *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Cavanagh, S. J. (2001). *OREMs sykepleiemodell i praksis*. (1.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christiansen, B. (Red.). (2020). *Helseveiledning*. (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christiansen, B. (2020a). Helseveiledning – hva menes med det? I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2.utg., s. 13-19). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christiansen, B. (2020b). Helsepedagogikk og syn på læring. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2.utg., s. 34-36). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christiansen, B. (2020c). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2.utg., s. 49-72). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christiansen, B. (2020d). Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2.utg., s. 77-81, s. 85-88). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Christiansen, B. (2020e). Levevaner og endringsprosesser – konsekvenser for helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2.utg., s. 178-180, s. 183-199). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg., s. 257-259, s. 269-270). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg., bind 1, s. 242-251). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 88-89). Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 28.juni). *Færre får akutt hjerteinfarkt*.
<https://www.fhi.no/nyheter/2018/nedgang-infarkt-2009-2014/>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 16.januar). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Fållun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E. & Norekvål, T. M. (2016). Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 495-503.
<https://doi.org/10.1177/1474515115614712>
- Govatsmark, R. E. S., Halle, K. K., Berge, V. B., Sneeggen, S. & Bønaa, K. H. (2020). *Norsk hjerteinfarktregister: Årsrapport 2019: Med plan for forbedringstiltak*. (Årsrapport 2019)
https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2_arsrapport_2019_norsk_hjerteinfarktregister.pdf

Helsedirektoratet. (2017, 17.oktober). *Brukermedvirkning*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og*

kvalitetsforbedring: 2019-2023. Helsedirektoratet.

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf

Helsebiblioteket (2016, 3.juni). *Sjekklist*er.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>er

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Johansen, H. (2020). Personsentrert tilnærming må omfatte alle. *Sykepleien*, 2020(108 (80196) (e-80196)). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80196>

Kildekompasset. (2021). *Apa 7th*. <https://kildekompasset.no/referansestiler/apa-7th/>

Kleiven, O. T., Kyte, L. & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sykeplejeforskning*, 6(4), 311-326.

<https://doi.org/10.18261/ISSN.1892-2686-2016-04-03>

Lovisenberg Diakonale Høgskole. (2021). *Oppgaveskriving*.

<https://ldh.no/bibliotek/oppgaveskriving#retningslinjer-for-oppgaveskriving>

Meld. St. 7. (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan: 2020-2023*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdf/s/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

Mohammadpour, A., Sharghi, N. R., Khosravan, S., Alami, A. & Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1686-1692.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12775>

Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering* (2.utg.). Høyskoleforlaget.

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2021, 23.februar). *Hjerteinfarkt*.

<https://nasjonalforeningen.no/hjerte-og-kar/ulike-hjertesykdommer/hjerteinfarkt/>

Norsk helseinformatikk. (2020, 22.juni). *Akutt hjerteinfarkt – en oversikt*.

<https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-oversikt/?page=all>

Norsk senter for forskningsdata. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt & Grønseth. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg., bind 1, s. 22-23). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Petiprin, A. (2020). *Orem's self-care deficit nursing theory*. Nursing Theory.

<https://nursing-theory.org/theories-and-models/orem-self-care-deficit-theory.php>

- 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/10.1016/j.healthpol.2016.12.003>
- Solholm, M. (2011). Kulturer; hensyn og kunnskaper i pedagogisk praksis. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 201-203). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*.
(LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted – til rett tid*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stubberud, D.-G. (Red.). (2016a). *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. Cappelen Damm AS.
- 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. 334-340). Cappelen Damm Akademisk.
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurðardóttir, Á. K & Steinsbekk, A. (2016a). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 55-63. <https://doi.org/10.1177/1474515114551123>

- Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K. & Steinsbekk, A. (2016b).
What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with
coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 513-521.
<https://doi.org/10.1177/1474515115618569>
- 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. 91-93, s. 96-104, s. 106-107). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille
motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk – Helsekompetanse og brukermedvirkning*
(2.utg., s. 33-39, s. 40-41, s. 91-102). Fagbokforlaget.
- Vifladt, E. H. & Hopen, L. (2013). *Pasientopplæring: kompetanse – veivalg – lederskap*
(s. 29). Kolofon Forlag AS.
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2016). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. B.- Gansmo (Red.),
Sykdom og behandling (2.utg., s. 167-174). Gyldendal Akademisk.
- Ørn, S. (2016). Sirkulasjonsforstyrrelser. I S. Ørn & E. B.- Gansmo (Red.),
Sykdom og behandling (2.utg., s. 167-174). Gyldendal Akademisk.
- Ørn, S. & Gansmo, E. B. (Red.). (2016). *Sykdom og behandling* (2.utg.). Gyldendal Norsk
Forlag AS.
- Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.). (2016). *Klinisk sykepleie* (bind 1, 5.utg.).
Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1: PICO-skjema

Anvendt i oppstartsfasen av søkeprosessen etter forskningsartikler

P	I	C	O
Myocardial infarction	Patient education		Empowerment
Acute coronary heart disease	Patient discharge education		Self-efficacy
	Information needs		Person-centered care