

Helseveiledning etter gjennomgått hjerteinfarkt

Kandidatnummer: 848
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8987 ord
Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 02.01.2024
Tittel Helseveiledning etter gjennomgått hjerteinfarkt.	
<p data-bbox="162 383 1402 421"><u>Innledning</u></p> <p data-bbox="162 421 1402 741">Temaet for oppgaven er helseveiledning til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. For å få kontroll over egen situasjon og helse, og for å mestre sekudærforebyggende tiltak etter utskrivelse kan pasientene ha behov for informasjon og veiledning. Sykepleiere har et ansvar og en rolle i å informere, undervise og veilede pasienter. Problemstillingen for oppgaven er, «Hvilke erfaringer har pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt knyttet til helseveiledning før utskrivelse fra sengepost?»</p> <p data-bbox="162 741 1402 779"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="162 779 1402 987">Metoden som er benyttet i denne oppgaven er generell litteraturstudie. For å svare på oppgavens problemstilling er det tatt utgangspunkt i eksisterende fag- og forskningslitteratur, lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Fire forskningsartikler ble inkludert etter et strukturert litteratursøk i forskningsdatabasen Medline.</p> <p data-bbox="162 987 1402 1025"><u>Resultat</u></p> <p data-bbox="162 1025 1402 1137">Pasientenes erfaringer viser at den enkeltes forutsetninger og mål kunne ha en innvirkning på hva de ønsket og søkte informasjon om, og deres mottakelighet i helseveiledningen.</p> <p data-bbox="162 1137 1402 1413">Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter, tilnærming, kompetanse og tid kunne påvirke pasientenes opplevelse og tilfredshet med helseveiledningen. Pasientene savnet informasjon ved utskrivelsestidspunktet knyttet til deres behov. Temaene pasientene ønsket å få mer informasjon og veiledning om var årsaken til hjerteinfarkt, symptomer, når de måtte ta kontakt, livsstilsendringer, fysiske- og psykososiale konsekvenser og oppfølging.</p> <p data-bbox="162 1413 1402 1451"><u>Diskusjon</u></p> <p data-bbox="162 1451 1402 2004">Faktorene i den didaktiske relasjonsmodellen er benyttet som et rammeverk i oppgavens diskusjonsdel. Modellen som et verktøy i helseveiledningen kan bidra til å planlegge og evaluere helseveiledningen i samhandling med pasienten. På den ene siden kan en personsentrert tilnærming bidra til tilpasninger fremfor standardisert informasjon. På den andre siden kan tid og sted være en barriere for individualisering. Det ble sett på som viktig at sykepleieren hadde nødvendig kompetanse, viste en helhetlig tilstedeværelse, og la til rette for medvirkning. Dette kunne påvirke pasientenes mottakelighet og trygghet. Videre kunne det fremme en tillitsbasert sykepleier- og pasientrelasjon. På denne måten kunne sykepleiere øke pasientens helsekompetanse og empowerment.</p>	

(Totalt antall ord:296)

Forord

Bacheloroppgaven tar utgangspunkt i et forberedende arbeid, en prosjektbeskrivelse som jeg skrev i emne BSY-402 Mai 2023. Denne ble levert inn som en eksamensbesvarelse med kandidatnummer 593. Deler av egen tekst som jeg har tatt utgangspunkt i fra min prosjektbeskrivelse i BSY-402 er bearbeidet og omskrevet, og referanser til eget arbeid blir vist i løpende tekst i denne bacheloroppgaven. Bearbeidingen vil kunne komme til syne i denne bacheloroppgavens innledning, bakgrunn, metode, samt diskusjon av egen metode. Videre har jeg tatt i bruk de samme artiklene som jeg fant ved søk og benyttet i prosjektbeskrivelsen. Men i denne bacheloroppgaven har jeg gjort et nytt artikkelsøk i Medline, fremfor to ulike søk i Pubmed. Det vil med dette være likheter i artikkelmatrisene og sjekklisterne i disse besvarelsene hvor jeg presenterer artiklene jeg har brukt. I tillegg har jeg i denne bacheloroppgaven tatt i bruk faglitteratur som jeg også benyttet i prosjektbeskrivelsen.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans og kliniske erfaringer	1
1.3	Hensikt og problemstilling	2
1.4	Avgrensninger av problemstillingen	2
2	Bakgrunn	4
2.1	Hjerteinfarkt	4
2.1.1	Symptomer og behandling av hjerteinfarkt	4
2.1.2	Fysiske- og psykososiale konsekvenser etter et hjerteinfarkt	4
2.1.3	Sekudærforebyggende tiltak	5
2.2	Helseveiledning	6
2.2.1	Empowerment gjennom helseveiledning	6
2.3	Den didaktiske relasjonsmodellen	6
2.3.1	Deltakerforutsetninger	7
2.3.2	Mål og innhold	7
2.3.3	Arbeidsmetoder	7
2.3.4	Rammefaktorer	8
2.3.5	Evaluering	9
2.4	Lovverk, etikk og yrkesetiske retningslinjer	9
3	Metode	11
3.1	Generell litteraturstudie	11
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	11
	Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
	Tabell 2. Søkehistorikk og utvalg av forskningsartikler	13
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	14
4	Resultater	15
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	15
	Tabell 3. Artikkelmatrikse	15
4.2	Syntese av resultatene	18
5	Diskusjon	19
5.1	Resultatdiskusjon	19
5.1.1	Deltakerforutsetninger	19
5.1.2	Mål og innhold	21
5.1.3	Arbeidsmetoder	24
5.1.4	Rammefaktorer	26
5.1.5	Evaluering	28
5.2	Metodediskusjon	29
5.2.1	Styrker og svakheter ved egen metode	29
5.2.2	Styrker og svakheter ved de inkluderte studiene	30
6	Konklusjon	31
	Referanseliste	32
	Vedlegg	38
	Vedlegg 1	38
	Vedlegg 2	40
	Vedlegg 3	42
	Vedlegg 4	44

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for oppgaven er helseveiledning til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Ifølge Norsk hjerteinfarktregister behandles om lag 11000 mennesker med hjerteinfarkt i Norge årlig, hvor gjennomsnittsalderen blant disse er 69 år hos kvinner og 77 år hos menn (Govatsmark, et al., 2023, s. 5). Hjerteinfarkt er en av de hyppigste dødsårsakene i Norge (Strøm, et al., 2023, s. 26), og 29% av pasientene som får hjerteinfarkt, har hatt hjerteinfarkt på et tidligere tidspunkt (Govatsmark, et al., 2023, s. 5).

Mellom ulike sykehus i landet opplever pasienter varierende tilfredshet med informasjonen de mottar (Govatsmark, et al., 2023, s. 82-83). Nasjonalt opplever 70% av pasientene å få adekvat informasjon om hjerteinfarkt og egne plager under sykehusoppholdet (Govatsmark, et al., 2023, s. 82). Likevel oppgir over 50% av pasientene at de manglet informasjon om eventuelle plager som kunne oppstå, etter at de var skrevet ut (Norsk hjerteinfarktregister, 2023, s. 10). I 2021 opplevde pasienter utilstrekkelig informasjon knyttet til hvordan de kunne håndtere et mulig tilbakefall etter utskrivelse. Engstelse og depresjon etter utskrivelse ble rapportert av 40% av pasientene, og ubehag eller smerter ble rapportert av 50% (Govatsmark, et al., 2022, s. 12-13). Pasienter med iskemisk hjertesykdom kan ha varierende og individuelle ønsker og behov for informasjon og veiledning. Videre kan de ha behov for økt kunnskap, støtte og trygghet til å mestre eventuelle fysiske- og psykososiale utfordringer under sykehusoppholdet, men også etter utskrivelse (Wang et al., 2023). Det kan tyde på at kjennskap til dette, og kunnskap om helseveiledning til pasientgruppen kan bidra til at færre pasienter opplever mangelfull informasjon.

1.2 Sykepleiefaglig relevans og kliniske erfaringer

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon bør legge til rette for at pasienten får økt helsekompetanse etter sine behov, som igjen kan være med på å fremme trygghet, mestring og kontroll hos pasienten, relatert til egen helse og livsstil (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 9; Eget arbeid, 2023). Helseveiledning kan være en metode for å oppnå dette (Tveiten, 2022, s. 97).

Sykepleieren har et ansvar for å vurdere egne styrker og begrensninger knyttet til sine kvalifikasjoner i utøvelsen (Helsepersonelloven, 1999, §4). Sykepleierens utøvelse bør være forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerbasert, sistnevnte handler om å ta utgangspunkt i pasientens helhetlige bakgrunn og kunnskaper (Borglin & Gjevjon, 2022, s.63). En individuell personsentrert tilnærming, å undersøke hva som er viktig for den enkelte (Meld. St 7, (2019-2020), s. 5), kan bidra til å møte pasientenes behov (Vågan & Hvinden, 2020, s. 228). Samtidig kan evalueringer underveis og i etterkant av helseveiledningen bidra til å øke kvaliteten av helseveiledningen (Tveiten, 2006, s. 114).

I løpet av flere praksisperioder i utdanningsløpet har jeg møtt flere pasienter med hjerte- og karsykdom, herunder også pasienter som har opplevd hjerteinfarkt. Dette var med på å gi økt interesse for å få mer kunnskap om pasientgruppen, og hvordan de opplever helseveiledning fra sykepleiere.

1.3 Hensikt og problemstilling

Denne bacheloroppgavens hensikt er å undersøke hvordan forskningsartiklene og teorien beskriver pasienters erfaringer med helseveiledning på en sengepost etter gjennomgått hjerteinfarkt. Ved å belyse hvordan pasientene erfarer helseveiledningen kan man som sykepleier tilpasse egen praksis ovenfor pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.

Problemstillingen for denne oppgaven er:

«Hvilke erfaringer har pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt knyttet til helseveiledning før utskrivelse fra sengepost?»

1.4 Avgrensninger av problemstillingen

Bacheloroppgaven tar utgangspunkt i pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Etter at pasienter er ferdig med medisinsk eller operativ behandling av hjerteinfarkt, vil pasienten overflyttes til en sengepost (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 274). Oppgaven vil ta for seg pasientperspektivet, og erfaringer pasienter har med helseveiledningen de mottar fra sykepleiere under sykehusoppholdet på sengepost før utskrivelse. Oppgaven inkluderer voksne pasienter av begge kjønn over 40 år (Eget arbeid, 2023). Det ble valgt med bakgrunn i

at forekomsten av hjertesykdommer er økende fra 40 års-alder (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 266).

Pårørendes perspektiv inkluderes ikke i oppgaven, selv om pårørende kan anses som en viktig ressurs som kan trygge pasienten (Eget arbeid, 2023). Videre vil gruppeundervisning bli ekskludert. Bakgrunnen for at pårørende og gruppeundervisning ikke inkluderes er at oppgaven belyser pasientens erfaringer med individuell helseveiledning, samtidig som omfanget av oppgaven anses som begrensende for hva som kan inkluderes (Eget arbeid, 2023). Studiene inkluderer dermed ikke pasienter som av en fysisk eller psykisk tilstand ikke er samtykkekompetente (Stubberud, 2021, s. 67). Videre vil forskningsartikler som inkluderes omhandle pasienter fra vestlige land. Det kan tenkes at pasienters erfaringer fra land i vesten kan sammenliknes i større grad, selv om de ikke har mottatt helseveiledning i samme land. Oppgaven er avgrenset til å diskutere funnene ved å bruke faktorene i den didaktiske relasjonsmodellen.

2 Bakgrunn

Dette kapittelet vil først forklare hva et hjerteinfarkt er, hvilke symptomer pasienter kan oppleve ved et hjerteinfarkt og hvorfor det er viktig med rask behandling. Videre presenteres fysiske- og psykososiale konsekvenser eller begrensninger pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt kan oppleve, og flere sekundærforebyggende tiltak. Etter dette presenteres helseveiledning som en pedagogisk metode, og hvordan pasienten kan oppnå empowerment gjennom helseveiledningen. Til slutt beskrives den didaktiske relasjonsmodellen som et verktøy som sykepleieren kan benytte i helseveiledningen.

2.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en iskemisk hjertesykdom, der helt eller delvis blokkerte koronararterier medfører utilstrekkelig arteriell blodtilførsel til myokard (hjertermuskelen), hvor vev og myokardceller nekrotiserer (dør) (Ørn & Brunvand, 2019, s. 167; Eget arbeid, 2023).

Aterosklerose er som oftest årsaken til et hjerteinfarkt, dannelse av aterosklerotisk plakk som kan skade arterieveggen og føre til dannelse av en trombe eller embolus som kan begrense eller stoppe blodforsyningen til myokard (Ørn, 2019, s. 97).

2.1.1 Symptomer og behandling av hjerteinfarkt

Symptomer som kan oppstå ved hjerteinfarkt er retrosternale brystmerter, hvor smertene sitter bak sternum (brystbeinet) i de fleste tilfellene (Ørn & Brunvand, 2019, s. 169).

Smertene kan beskrives som klemmende eller pressende, med utstråling til hals, kjeve og armer, og kan være ledsaget av kvalme, oppkast, og blek og klam hud (Ørn & Brunvand, 2019, s. 169). Videre kan smertene ha ulik intensitet knyttet til oksygenbehovet, jo mindre arterielt blod som tilføres myokard jo mer intense og langvarige kan smertene være (Ørn & Brunvand, 2019, s. 169). Rask behandling er viktig for å forebygge komplikasjoner, skade på myokard, og for å fremme overlevelse (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 271-272; Eget arbeid, 2023).

2.1.2 Fysiske- og psykososiale konsekvenser etter et hjerteinfarkt

Hjertesykdom kan føre til fysiske- og psykososiale konsekvenser (Stubberud, 2016, s. 35).

Hjerteinfarkt kan blant annet påvirke pasientens respirasjon i ettertid, pasienter kan oppleve å få dyspne som følge av hjertesvikt i venstre ventrikel (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 270).

Pasienter kan også oppleve brystmerter i etterkant av hjerteinfarkt (Govatsmark, et al., 2022, s. 13). Hvor sykepleieren bør vurdere om brystmertene er ubehag relatert til behandlingen, eller om det er nyoppstått (Ellingsen, 2016, s. 76). Hvordan pasienter opplever et hjerteinfarkt og håndterer tiden i etterkant kan være individuelt (Høybakk, 2019, s. 212). Psykososiale reaksjoner kan være sårbarhet, angst, eller utrygghet (Stubberud, 2016, s. 337). Et akutt hjerteinfarkt kan oppleves skremmende for pasienten, og pasienten kan oppleve frykt eller angst for å dø (Stubberud & Eikeland, 2022, s.265). Utrygghet og angst kan oppstå som en reaksjon på fysisk funksjon, symptomer, eller som en konsekvens av fremtidige bekymringer relatert til arbeid, familieliv eller til hvordan livet kommer til å bli (Stubberud, 2021, s. 24). Dette kan skyldes manglende forståelse knyttet til egen helsetilstand (Stubberud, 2016, s. 337).

2.1.3 Sekudærforebyggende tiltak

Pasienter som gjennomgår hjerteinfarkt, har ofte ikke så lange sykehusopphold, allerede etter rundt tre til fire dager kan pasienten utskrives fra sykehuset etter en PCI-behandling (Perkutan koronar intervensjon) (Ørn & Brunvand, 2019, s. 171). Sekudærforebygging etter hjerteinfarkt vil være viktig for å forebygge videre utvikling av hjerte-og karsykdom, aterosklerose, og et nytt hjerteinfarkt (Ørn & Brunvand, 2019, s. 171). Når man har gjennomgått et hjerteinfarkt, innebærer det en viss risiko for å få et nytt hjerteinfarkt i løpet av det første året etter hendelsen, men den første måneden etter hjerteinfarkt er risikoen størst (Ørn & Brunvand, 2019, s. 174). Pasienter kan ha nytte av livsstilsendringer knyttet til individuelle livsstilsfaktorer, hvor tiltakene kan være røykeslutt, fysisk aktivitet, kostholdsendringer og medikamentell behandling (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 277-283). Ettersom hypertensjon, diabetes, inaktivitet, overvekt og røyking er risikofaktorer for utvikling av hjerte- og karsykdom (Helsedirektoratet, 2018). Veiledning og informasjon til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt vil være en viktig del i sekundærforebyggingen (Ørn & Brunvand, 2019, s. 171). Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt kan ha behov for hjelp til å håndtere sin situasjon, behov for informasjon om sykdom og eventuelle konsekvenser, eller veiledning og råd til å foreta livsstilsendringer og mestre tiden på en bedre måte etter utskrivelse (Høybakk, 2019, s. 212).

2.2 Helseveiledning

Helseveiledning er et vidt begrep som kan omfatte informasjon, undervisning eller rådgivning, da det kan være behov for å benytte flere pedagogiske metoder for å formidle kunnskap (Tveiten, 2020, s. 98; Eget arbeid, 2023). Økt helsekompetanse kan styrke pasientens innsikt og forståelse av egen helse og sykdom, og styrke pasientens autonomi til å ta helsefremmende beslutninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5). Det å få tilgang og evne til å bruke egne ressurser, kunnskap og ferdigheter kan bidra til økt mestring (Tveiten, 2020, s. 22). Videre er det pasienten selv som er ansvarlig og som kan avgjøre om kompetansen skal benyttes i fremtidige avgjørelser (Tveiten, 2020, s. 98).

2.2.1 Empowerment gjennom helseveiledning

Empowerment kan sees på som en gjensidig samhandlingsprosess som foregår i relasjon mellom sykepleieren og pasienten (Tveiten, 2020, s. 38). Tre sentrale prinsipper for empowerment er at makten fordeles, at pasienten er ekspert og får mulighet til å medvirke (Tveiten, 2020, s. 101). Maktfordeling handler om gjensidig utveksling av kompetanse og kunnskap i helseveiledningen, noe som kan hjelpe pasienten til å øke egen helsekompetanse (Tveiten, 2020, s. 15). Sykepleieren bør tilrettelegge for brukermedvirkning med utgangspunkt i pasientperspektivet (Molven, 2021, s. 173). Det vil være viktig å se pasienten som ekspert, gjennom å anerkjenne og inkludere pasientens opplevelser, tanker og behov (Tveiten, 2020, s. 41). Inkludering av pasientperspektivet, å legge til rette for et gjensidig samarbeid og individualisering er beskrivende for personsentrert sykepleie (Gjevjon et al., 2022, s. 30). Dette innebærer at sykepleieren ser pasienten på en helhetlig måte, og inkluderer alle sider ved pasienten (Gjevjon et al. 2022, s. 26; Eget arbeid, 2023).

2.3 Den didaktiske relasjonsmodellen

Didaktikk kan beskrives som undervisningslære, hvor den didaktiske relasjonsmodellen kan benyttes for individuell tilrettelegging og planlegging av helseveiledningen (Vågan & Hvinden, 2020, s. 220; Eget arbeid, 2023). Den didaktiske relasjonsmodellen er en helhetlig modell som tar for seg deltakerforutsetninger, mål, innhold, arbeidsmetoder, rammefaktorer og evaluering (Vågan & Hvinden, 2020, s. 220-221; Eget arbeid 2023). Disse faktorene kan ha en gjensidig innvirkning på hverandre og helseveiledningen (Vågan & Hvinden, 2020, s. 221; Eget arbeid, 2023). Videre beskrives de ulike faktorene i modellen.

2.3.1 Deltakerforutsetninger

Sykepleieren bør tilpasse helseveiledningen gjennom en helhetlig kartlegging av den enkeltes forutsetninger for informasjon og veiledning (Vågan & Hvinden, 2020, s. 222). Noe som kan relateres til den enkeltes ressurser, behov eller ønsker (Vågan & Hvinden, 2020, s. 221). Dette kan knyttes til pasientens helsekompetanse, hvordan pasienten vurderer egen helse, situasjon, ressurser og begrensninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 6). En forutsetning for pasientens mottakelighet kan være at sykepleieren forsøker å etablere en støttende og tillitsfull relasjon med den enkelte (Tveiten, 2020, s. 100). Det å se pasienten på en helhetlig måte kan være nyttig for å rette fokus på fremmende og hemmende elementer som kan påvirke helseveiledningen, pasientens mottakelighet, evne til å dele informasjon, samt håndtering og mestring av situasjonen (Vågan & Hvinden, 2020, s. 221-222; Eget arbeid, 2023). Pasientens fysiske- og psykososiale behov kan påvirke pasientens mottakelighet i helseveiledningen, og pasienter kan ha behov for å bearbeide det som har skjedd før de ønsker eller mestrer å tilegne seg informasjon (Høybakk, 2019, s. 212). Eksempelvis hvis pasienten har smerter, angst eller har fått lite søvn, kan det påvirke pasientens evne til å ta til seg og bearbeide informasjon (Tveiten, 2020, s. 94). Det er gjerne hensiktsmessig at grunnleggende behov er dekket i forkant av helseveiledningen.

2.3.2 Mål og innhold

Målsettingen for helseveiledningen kan være relevant å vurdere ut ifra pasientens forutsetninger (Vågan & Hvinden, 2020, s. 223). Målene som settes bør være konkrete slik at de kan legge til rette for helseveiledningens innhold. Dette bør ta utgangspunkt i hvilken kunnskap pasienten ønsker, og hva sykepleieren ønsker at pasienten skal sitte igjen med etter helseveiledningen (Vågan & Hvinden, 2020, s. 223). Målene kan være kortsiktige eller langsiktige, men også fleksible slik at de kan justeres underveis (Vågan & Hvinden, 2020, s. 223). Slik at pasienten får mulighet til å styrke sine ressurser, til å oppnå og mestre målene som settes (Vågan & Hvinden, 2020, s. 224).

2.3.3 Arbeidsmetoder

Arbeidsmetoder handler om hvordan sykepleieren kan tilpasse helseveiledningen ved hjelp av andre metoder eller virkemidler for samhandling med pasienten (Vågan & Hvinden, 2020, s. 225). Dette kan beskrives som helsepedagogiske tiltak eller empowerment intervensjoner (Tveiten, 2020, s. 91). Hvilke metoder eller virkemidler sykepleieren benytter seg av i

helseveiledningen kan påvirkes av eksempelvis forutsetninger, mål og innhold, hvor hensikten med valg av metode bør være å støtte pasientens mål og ressurser (Vågan & Hvinden, 2020, s. 225). Det finnes flere former for veiledning, et eksempel på dette kan være dialog og utveksling av kompetanse gjennom individuell veiledning (Vågan & Hvinden, 2020, s. 225). Helseveiledningen som gis til en pasientgruppe kan være standardisert (Halse, 2020, s. 133), den kan basere seg på retningslinjer eller planer for mål og innhold (Stubberud, 2021, s. 96). De nasjonale retningslinjene *ved forebygging av hjerte-og karsykdom*, inkluderer eksempelvis råd og anbefalinger til sekundærforebyggingen av hjerteinfarkt (Helsedirektoratet, 2018). Brosjyrer og informasjonshefter kan være et eksempel på standardisert informasjon (Tveiten, 2020, s. 130).

For å møte den enkelte på en helhetlig måte, og møte pasientens ønsker og behov for helseveiledningens mål og innhold, kan personorientert kommunikasjon benyttes for å bygge en profesjonell og tillitsfull sykepleier-pasient relasjon (Eide & Eide, 2021, s. 16). Personorientert kommunikasjon kan bidra til forståelse, til å møte pasientens behov for autonomi i dialogen, og fremme mestring (Eide & Eide, 2021, s. 61). Personorientert kommunikasjon inkluderer åpne spørsmål, aktiv lytting og speiling (Eide & Eide, 2021, s. 17). Åpne spørsmål er et virkemiddel som kan bidra til å innhente informasjon, gi pasientene mulighet til å reflektere, dele og ta opp temaer de ønsker (Eide & Eide, 2021, s. 118). Aktiv lytting kan vises både verbalt og nonverbalt. Nonverbal lytting kan relateres til eksempelvis kroppsholdning eller øyekontakt (Eide & Eide, 2021, s. 118). Med verbal lytting kan sykepleieren bygge videre på de åpne spørsmålene ved å speile pasientens tanker og følelser, igjen kan det vise interesse og bidra til felles forståelse (Eide & Eide, 2021, s. 118). Når pasienten får bekreftet sine oppfatninger gjennom bekræftende kommunikasjon kan det styrke følelsen av empati og anerkjennelse, noe som kan styrke tilliten og relasjonen (Eide & Eide, 2021, s. 155-156).

2.3.4 Rammefaktorer

Rammefaktorer innebærer faktorer som kan ha en innvirkning på gjennomføringen av helseveiledningen, og pasientens læringsmuligheter (Vågan & Hvinden, 2020, s. 227). Sykepleierens kunnskap og kompetanse kan påvirke kvaliteten på helseveiledningen (Vågan & Hvinden, 2020, s. 227). Noe som kan fremme mestring og læring for pasienten kan være at sykepleieren har oppdaterte fagkunnskaper, kommunikasjonsferdigheter og helsepedagogiske

ferdigheter (Tveiten, 2020, s. 202-203). Men også kunnskaper knyttet til sykdomslære, anatomi og fysiologi (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 4). Det vil være viktig at sykepleieren tar utgangspunkt i kunnskap knyttet til forskning, erfaringer og brukeropplevelser ved utøvelsen (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 62).

Hvor mye tid man har til å sette av til den enkelte og hvordan omgivelsene er, kan sette rammer for helseveiledningen (Vågan & Hvinden, 2020, s. 227). For eksempel hvis en eller flere av pasientene på sengeposten har behov for mer informasjon, er mer aktivt spørrende, eller har behov for trygging kan det påvirke andre pasienters tid til helseveiledning. Hvor helseveiledningen foregår og om den foregår uten forstyrrelser kan også være påvirkende (Tveiten, 2020, s. 95).

2.3.5 Evaluering

For å oppnå målene i helseveiledningen vil det være hensiktsmessig å vurdere pasientens forståelse av innholdet (Vågan & Hvinden, 2020, s. 228). Eksempelvis vurdere pasientens motivasjon, om denne er tilstrekkelig. Målet er at pasienten kan føle økt mestring og kontroll til å ta selvstendig ansvar og avgjørelser knyttet til sekundærforebygging av hjerteinfarkt (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 266). For eksempel knyttet til risikofaktorer, konsekvenser og hva pasienten selv kan gjøre for å forebygge reinnleggelse eller nytt infarkt. Sykepleieren i samhandling med pasienten bør gjøre en fortløpende evaluering for å vurdere om innholdet bør tilpasses, vurdere eget språk, pasientens mottakelighet, og om målene bør justeres (Vågan & Hvinden, 2020, s. 228). Videre kan både pasientens og sykepleierens opplevelser og erfaringer med helseveiledningen bidra til kvalitetsforbedring (Tveiten, 2020, s. 106).

2.4 Lovverk, etikk og yrkesetiske retningslinjer

Faglige, etiske og juridiske rammer og regler legger føringer for sykepleierens profesjonsutøvelse (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 55). De yrkesetiske retningslinjene tar for seg temaer som reguleres av lovverket (Norsk sykepleierforbund, 2023). Sykepleiere har selv ansvar for sin utøvelse og funksjon (Molven, 2021, s. 17). Sykepleiere er pliktige til å sørge for at helsehjelpen som gis til pasientene er omsorgsfull, sikker og faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Forpliktelsene inkluderes i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2023). Herunder å holde seg oppdatert, og ha kunnskap om gjeldende forskrifter og lover (Molven, 2021, s. 20).

Spesialisthelsetjenesteloven er styrende for sykehusene og ikke sykepleieres utøvelse direkte, men flere forskrifter er tilknyttet, blant annet helsepersonelloven (Molven, 2021, s. 31). En av sykehusenes oppgaver er å sørge for at pasienter får opplæring (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-8). Sykepleieren er pliktig til å gi pasienten informasjon (Helsepersonelloven, 1999, §10), som kan gi pasienten økt kunnskap om sin helsetilstand, og risikoer og bivirkninger som kan oppstå (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2; Eget arbeid, 2023). Samtidig er det viktig at sykepleieren tar hensyn til at ikke alle pasienter nødvendigvis ønsker å motta informasjon, og at pasienten har rett til å nekte. Informasjon skal likevel ikke holdes tilbake dersom dette er pålagt etter lovverket, eller hvis det å unnlate informasjon kan øke risikoen for pasientskade (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Medvirkning er en rettighet pasienter har når de mottar helse- og omsorgstjenester, hvor pasientens synspunkter skal bli vektlagt ved utforming av tjenestene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Dette er i tråd med autonomiprinsippet, som går ut på at den enkelte har rett til samvalg (Nortvedt, 2021, s. 87). I tillegg må pasientens forutsetninger for å motta informasjon vurderes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). De yrkesetiske retningslinjene trekker frem viktigheten av å tilpasse informasjonen ut ifra pasientens forutsetninger for å sikre forståelse (Norsk sykepleierforbund, 2023). Dette er i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5) som sier at informasjonen som gis til pasienten skal tilpasses individuelt for å sikre at innholdet blir forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

3 Metode

Metodekapittelet beskriver innledningsvis generell litteraturstudie som metode. Videre beskrives søkeprosessen og hvordan artiklene ble utvalgt basert på egne inklusjons- og eksklusjonskriterier knyttet til problemstillingen. I tabell 1 presenteres søkehistorikk og i tabell 2 presenteres inklusjons- og eksklusjonskriterier. Til slutt begrunnes valg av øvrig fag- og forskningslitteratur som er anvendt i bacheloroppgaven.

3.1 Generell litteraturstudie

Anvendt metode for bacheloroppgaven er generell litteraturstudie. Ved generell litteraturstudie tas det utgangspunkt i eksisterende fag- og forskningslitteratur. Ved hjelp av strukturerte søk i ulike vitenskapelige databaser ble det funnet eksisterende forskning som kunne være aktuell for valgt tema og problemstilling (Popenoe et al., 2021, s. 175). For å analysere forskningsartiklenes resultater ble det utformet en syntese, med oppsummering av eventuelle likheter og forskjeller som kunne bidra til å svare på problemstillingen (Popenoe et al., 2021, s. 183). Videre er det tatt utgangspunkt i lovverk og yrkesetiske retningslinjer.

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

Søket er utført i den vitenskapelige litteraturdatabasen Medline, som inneholder mange helsefaglige og medisinske artikler. For å systematisere søket, ble det først trukket ut relevante emneord fra problemstillingen, hvor MeSH ble brukt for å søke etter engelske emneord i databasen. Endelig utvelgelse og vurdering av emneord til søk og kombinerings av disse, ble gjort med veiledning fra bibliotekar ved Lovisenberg diakonale høyskole (LDH). Emneordene ble “myocardial infarction” eller “Coronary disease” knyttet til hjerteinfarkt. “Patient education as Topic+”, “patient education”, “discharge information”, “discharge” eller “information” knyttet til helseveiledning, og “Qualitative resource” eller “qualitative” og “interview”. De tre siste ordene ble lagt til for å finne kvalitative artikler. Tabell 2. for søkehistorikk og utvalg av forskningsartikler presenterer hvordan søkeordene ble kombinert og satt sammen. Det ble gjort avgrensinger av litteratursøket, hvor det kun ble søkt etter artikler skrevet på engelsk. Søket ble avgrenset ut ifra tidspunkt for publisering.

Ved gjennomgåelse av forskningsartiklene ble det tatt utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriterier for å kunne svare på valgt problemstilling, hvor fire artikler kunne

inkluderes. Kriteriene er beskrevet i tabell 1. Det første inklusjonskriteriet var at artiklene skulle være kvalitative, ettersom problemstillingen har til hensikt å belyse pasienterfaringer. Kvalitativ metode kan benyttes for å innhente subjektive opplysninger fra deltakere gjennom observasjoner, intervjuer og fokusgrupper, for å analysere deltakernes erfaringer, oppfatninger eller holdninger (Popenoe et al., 2021, s. 180). Videre ble det undersøkt om artiklene var fagfelleverderte gjennom søk i Oria, og tidsskrift ble undersøkt gjennom søk i kanalregisteret for å se om de var publisert i anerkjente tidsskrift. I tillegg ble det undersøkt om artiklene fulgte IMRAD-struktur (introduksjon, metode, resultat og diskusjon), ettersom majoriteten av vitenskapelige artikler gjerne har denne oppbyggingen (Nortvedt et al, 2021, s. 77). Til slutt ble artiklenes kvalitet undersøkt gjennom sjekklister. Sjekklister ligger som vedlegg til oppgaven.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Empiriske studier som tar i bruk kvalitativ metode.	Litteraturstudier
Fagfelleverderte artikler IMRAD-struktur	Artikler som ikke er fagfelleverderte og uten IMRAD-struktur tas ikke med.
Pasientperspektiv Sykepleiefaglig relevans	Andre perspektiver på informasjon og veiledning ekskluderes, for eksempel pårørendeperspektiv.
Informasjon og veiledning av pasienter med hjerteinfarkt (koronar hjertesykdom)	Informasjon og veiledning av pasienter med andre sykdommer og tilstander.
Informasjon og veiledning før utskrivelse fra sengepost, sykehus	Studier som kun omhandler informasjon og veiledning av pasienter i andre kontekster
Studier fra vestlige land	Studier fra andre land utover dette blir ikke inkludert

Tabell 2. Søkehistorikk og utvalg av forskningsartikler

Database og dato for søk	Medline 14.11.2023
Søkeord og kombinasjoner	((MH "Myocardial infarction+") OR MM "Coronary disease" OR "MH Coronary disease" AND (MH "Patient education as Topic+") OR TI "Patient education" OR AB "Patient education" OR TI "discharge information" OR AB "discharge information" OR AB "discharge" OR TI "information" OR AB "information" AND (MH "Qualitative research") OR AB "Qualitative" OR TI "qualitative AND "Interview")
Avgrensinger i søket	Tid: Publisert etter 2005 Språk: Engelsk
Antall treff totalt	109
Antall gjennomleste titler	109
Antall gjennomleste abstrakt	10
Antall gjennomleste fulltekstartikler	8
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
Inkludert artikkel nummer 1	Bårdsgjerde, E. K., Kvangarsnes, M., Landstad, B., Nylenna, M., & Hole, T. (2019). Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway. <i>Journal of advanced nursing</i> , 75(5), 1063–1073. https://doi.org/10.1111/jan.13931
Inkludert artikkel nummer 2	Fålnun, 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. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 15(7), 495–503. https://doi.org/10.1177/1474515115614712
Inkludert artikkel nummer 3	Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K., & Steinsbekk, A. (2016). What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 15(7), 513–521. https://doi.org/10.1177/1474515115618569
Inkludert artikkel nummer 4	Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E., & Hanestad, B. R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 4(1), 37–44. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Øvrig faglitteratur i denne generelle litteraturstudien er inkludert med utgangspunkt i pensumlitteratur ved LDH. I tillegg til søk i skolens søkemotor Oria, og hjelp av bibliotekar ved LDH til å finne relevante bøker. Stubberud og Tveiten ble ansett som anerkjente forfattere, da litteratur skrevet av disse er tatt i bruk i forelesninger og som pensumlitteratur ved LDH. Litteratur av Stubberud er brukt blant annet til å belyse temaet hjerteinfarkt, hvordan det kan oppleves, men også hvordan sykepleieren kan møte denne pasientgruppen. Herunder *Klinisk sykepleie 1*, Stubberud og Eikeland (2022) og *Sykepleie til pasienter med hjertesykdom* Stubberud (2016.). I tillegg ble boken *Sykdom og behandling benyttet* for å beskrive patofysiologi, symptomer og behandling, med forfatterne Ørn og Brunvand (2019) og Ørn (2019).

Boken til Tveiten (2020), *Helsepedagogikk – helsekompetanse og brukermedvirkning*, ble benyttet for å beskrive relevant teori og begreper knyttet til helseveiledning. Samtidig ble boken brukt som støttelitteratur om den didaktiske relasjonsmodellen. Videre ble Tveiten (2006) benyttet i diskusjonen, som var et godt innspill fra veilederen for å belyse helseveiledning og empowerment. Kapitler i Vågan (2020), *Helsepedagogiske metoder - Teori og praksis* ble benyttet da litteraturen beskriver helseveiledning og den didaktiske relasjonsmodellen.

I litteratursøket som ble gjennomført fremkom det to forskningsartikler, Svavarsdóttir, (2016a) og Bårdsgjerde, et al. (2020) som begge belyser sykepleieres perspektiv på helseveiledning. Artikkelen ble ikke inkludert på grunn av oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier, men er inkludert i litteraturstudiens diskusjonsdel for å inkludere sykepleieres perspektiv på de samme temaene. Øvrige artikler som benyttes i diskusjonsdelen er funnet gjennom søk i Oria, via referanser i pensumlitteratur, og via artikler fra pensum.

4 Resultater

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Tabell 3. Artikkelmatrise

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekklister
Bårdsgjerde et al., (2019) Norge	Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway.	Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasienter opplevde pasientmedvirkning fra hjerteinfarkt inntraff, og i alle fasene i hjerterehabiliteringen. Hos pasienter med lengre reisevei til sykehus som utfører PCI-behandling.	Design: Kvalitativ studie. Deltakere: 8 menn og 2 kvinner i alderen 37-79 år. Datasamling: Det ble utført individuelle intervjuer med lydopptak 2-5 måneder etter hjerteinfarkt. Dataene ble analysert med en narrativ tilnærming.	Pasienter opplevde varierende grad av informasjon, mottakelighet og mulighet til deltakelse i fasene etter hjerteinfarkt. Flere savnet individualisert, tilpasset informasjon og informasjon om sekundærforebygging.	9/9 poeng, vedlegg 1.
Fålun et al., (2016) Norge	Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital	Hensikten med studien var å utforske refleksjonene og perspektivene til pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt, før	Design: Kvalitativ intervjustudie. Deltakere: 20 deltakere, 8 kvinner og 12 menn, i alderen 40-100 år. Datasamling: Det ble utført semistrukturerte	Ved utskrivelse hadde pasientene varierende erfaringer knyttet til egen helse og tilstand. Mangel på informasjon og	9/9 poeng, vedlegg 2.

	discharge after myocardial infarction.	utskrivelse av sykehus med hensyn til deres motivasjon, mål, styrker og barrierer for livsstilsendringer.	intervjuer av pasienter før utskrivelse fra en hjerteavdeling, som var på et universitetssykehus i Norge. Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt til å kategorisere og å få frem fellestrekk og ulikheter i dataene.	veiledning, samt varierende motivasjon så ut til å begrense deres evne til å sette i gang med livsstilsendringer. Hvor noen ikke ønsket å gjøre noen endringer. Autonomi ble ansett som viktig for at pasientene opplevde kontroll.	
Svavarsdóttir et al., (2016) Norge og Island	What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease.	Hensikten med studien var å undersøke hva pasienter med koronar hjertesykdom så på som viktige og gode kvaliteter eller egenskaper hos helsepersonell som veiledere.	Design: Kvalitativ forskningsmetode. Deltakere: 17 deltakere i alderen 47-72 år. Det var 8 kvinner og 9 menn fra Norge og Island. Datasamling: Semistrukturerte individuelle intervjuer. Analysen ble gjort med en firetrinnsprosess, en systematisk tekstkondensering for å sortere ut og identifisere	God kompetanse, trygghet ved veiledning, medvirkning og helhetlig kartlegging ble ansett som viktige elementer for å bygge en god tillitsfull relasjon. Pasientene uttrykte et behov for at veiledningen ble planlagt knyttet til tid og sted, og individuelt tilpasset ut ifra den enkeltes situasjon, forutsetninger og	9/9 poeng, vedlegg 3.

			temaer og undergrupper fra dataene.	behov. Pasientene opplevde mangel på informasjon om blant annet sykdommen, behandling, om tiden etter utskrivelse og sekundærforebygging.	
Hanssen et al., (2005) Norge	A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge.	Hensikten med denne studien var å undersøke informasjonsbehovet til pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt før utskrivelse fra sykehus, og hvilken form for oppfølging de ønsket etter utskrivelse.	Design: Kvalitativt og utforskende. Deltakere: 14 deltakere fra 42-69 år. 2 kvinner og 12 menn. Datasamling: Semistrukturerte intervjuer i fokusgrupper. Analysen ble utført ved hjelp av QSR-programvare for å kode og sortere temaene ut ifra spørsmålene som ble stilt fra intervjuguiden.	Det var variasjon i pasientenes opplevelse av å få dekket sine informasjonsbehov. Pasienter ønsket å få mulighet til å medvirke og savnet tilpasset informasjon, og for å håndtere og mestre tiden bedre etter utskrivelse. Pasienter etterspurte oppfølging etter utskrivelse.	8/9 poeng, vedlegg 4.

4.2 Syntese av resultatene

I forskningsartiklene kommer det frem at pasientene hadde varierende ønsker, behov, motivasjon og mål ut ifra deres forutsetninger. Det kunne påvirke deres informasjonsbehov og mottakelighet. De fleste pasientene opplevde å ikke få tilstrekkelig informasjon og veiledning før utskrivelse, noe som kunne ha en innvirkning på deres handlingsevne og trygghet. Temaer pasientene ønsket å få mer informasjon om før utskrivelse var årsaken til hjerteinfarkt, symptomene og når de måtte ta kontakt, livsstilsendringer, fysiske- og psykososiale konsekvenser, og tilbud om oppfølging. Pasientene ønsket en individuelt tilpasset helseveiledning som var så konkret som mulig, fremfor standardisert eller generell informasjon. Det at sykepleieren tok utgangspunkt i pasientenes helsekompetanse, motivasjon og mål for å vurdere hva helseveiledningen skulle inneholde, ble ansett som viktig for deres mottakelighet og trygghet. Det ble sett på som viktig at sykepleieren hadde gode kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om pasientgruppen, og at sykepleieren kunne sette av tid og viste en helhetlig interesse for den enkelte. Pasientene ønsket at sykepleieren skulle legge til rette for medvirkning og autonomi, og ta kontrollen når pasientene hadde behov for det. Dette kunne fremme pasientenes mottakelighet, trygghet, en tillitsbasert sykepleier- og pasientrelasjon, og påvirke deres opplevelse og tilfredshet med helseveiledningen.

5 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

Oppgavens problemstilling er «*Hvilke erfaringer har pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt knyttet til helseveiledning før utskrivelse fra sengepost?*».

For å svare på problemstillingen vil resultater fra utvalgte forskningsartikler diskuteres i lys av den didaktiske relasjonsmodellen. Den didaktiske relasjonsmodellen er valgt som et rammeverk fordi modellen kan være med på å strukturere, planlegge og legge til rette for læring i helseveiledningen i samhandling med pasientene (Vågan & Hvinden, 2020, s. 220). Først diskuteres det hva pasientene anså som viktige forutsetninger ved helseveiledningen. Videre diskuteres det hva pasientene ønsket at helseveiledningen skulle inneholde av temaer, samt hva de manglet av informasjon opp mot hva sykepleieren kan informere og veilede om. Deretter diskuteres det hvordan pasientene opplevde sykepleiernes arbeidsmetoder og hvordan de selv ønsket at veiledningen skulle være. Til slutt vil det diskuteres hvordan pasienten kan evaluere helseveiledningen sammen med sykepleieren.

5.1.1 Deltakerforutsetninger

I Bårdsgjerde et al. (2019) forteller pasienter at de savnet tilpasset informasjon ut ifra hva de selv ønsket å ha fokus på. Svavarsdóttir et al. (2016b) oppgir at det var flere pasienter som ønsket at veilederen kunne se hva den enkelte pasienten hadde behov for av kunnskap. Når informasjonen ble tilpasset etter pasientens helsekompetanse, ble det opplevd som en fremmede faktor for å tilegne seg kunnskap og forstå det som ble formidlet. Samtidig kunne det fremme trygghet og tillit til veilederen. Pasientens kunnskapsgrunnlag kan også påvirke pasientens evne til å forstå og ta til seg informasjon eller veiledning som blir gitt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.5). Dette samsvarer med Svavarsdóttir et al. (2016a) som oppgir at hvis man skal kunne individualisere helseveiledningen vil det være behov for at sykepleieren setter seg inn i den enkeltes kunnskapsgrunnlag og behov. Som også er en rettighet pasientene har jamfør lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, §3-5) og yrkesetiske retningslinjer punkt 1.3 (Norsk sykepleieforbund, 2023). Pasientens egen opplevelse, synspunkt, holdninger og forståelse av sin situasjon, sykdom og helse kan si noe om pasientens kunnskapsnivå og hva pasienten trenger støtte til (Tveiten, 2020, s. 92).

Funnene tyder på at pasienter kan ha behov for at sykepleieren vurderer pasientenes forutsetninger for å kunne tilpasse helseveiledningen.

Fysiske- og psykososiale ressurser kan ha en innvirkning på hva pasienten ønsker av informasjon eller veiledning, samtidig som det kan ha en innvirkning på hvor mottakelig pasienten er for en læringssituasjon (Stubberud, 2021, s. 103). Svavarsdóttir et al. (2016b), Fålun et al. (2016) og Hanssen et al. (2005) oppgir at pasientene var bekymret og søkte informasjon om hvordan hjerteinfarkt og deres tilstand kunne påvirke hverdagen etter utskrivelse. Hanssen et al. (2005) finner at noen pasienter opplevde dødsangst etter hjerteinfarkt. Flere pasienter opplevde redsel, angst, bekymringer og usikkerhet, og flere opplevde brystmerter og dyspne i etterkant av infarkt, og fryktet at sykdommen skulle føre til fysisk svekkelse (Fålun et al., 2016). Sykepleieren bør dermed vurdere den enkeltes ressurser, og vurdere hvordan de kan ha en innvirkning på helseveiledningen, og hva pasienten har behov for av støtte eller motivasjon (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 426). Samtidig vurdere hva pasienten trenger av støtte for å kunne få en bredere forståelse og kontroll over egen situasjon (Stubberud, 2016, s. 357). På den ene siden kan funnene indikere at pasientene ikke nødvendigvis hadde tilstrekkelig helsekompetanse til å forstå og mestre belastningene. På den andre siden viser funnene at pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt har varierte opplevelser, og at situasjonen kan påvirke pasientens fysiske- og psykososiale velvære, og informasjonsbehov relatert til dette.

Pasienter kan vise varierende holdninger og varierende grad av motivasjon knyttet til sekundærforebygging av hjerteinfarkt. På den ene siden kan det å ha gjennomgått hjerteinfarkt være motivasjon for å sette seg mål og gjennomføre livsstilsendringer (Fålun et al., 2016). På den andre siden kan pasientens motivasjon være påvirket av pasientens mottakelighet for helseveiledning, enkelte kan ønske å leve som de alltid har gjort og ønsker ikke å endre noe (Fålun et al., 2016). En forutsetning vil gjerne være om pasientene ønsker å gjøre endringer selv (Barth, 2020, s. 140). Enkelte kan tenke at det ikke skal skje igjen, og at sykdommen ikke er så alvorlig som følge av den raske behandlingstiden (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 279). I helseveiledningen bør sykepleieren støtte pasienten til å søke etter sine motivasjonsfaktorer (Tveiten, 2020, s. 102). På den ene siden angir sykepleiere at det kan være utfordrende å trekke ut eller oppfatte pasientens opplevelser, motivasjon eller mål (Svavarsdóttir et al., 2016a). På den andre siden kan det oppleves vanskelig for pasientene å vite hva som er viktig for seg selv i en nyoppstått situasjon (Tveiten, 2020, s. 24). Det kan

være at sykepleieren bør vurdere den enkeltes motivasjonsfaktorer individuelt, da pasientene ikke opplever dette likt.

Økt kunnskap, autonomi og sosial støtte er tre faktorer som kan berøre pasientens psykologiske behov, igjen kan disse være med på å øke pasientens motivasjon (Barth, 2020, s. 141). Her kan måten sykepleieren kommuniserer på ha en betydning for pasientens motivasjon (Tveiten, 2020, s. 17). Sykepleieren bør for eksempel vurdere pasientens sykdomsforståelse (Stubberud, 2021, s. 23). På den ene siden kan det være at pasienten ikke forstår eventuell risiko eller konsekvenser av å ikke gjøre endringer. Dette bør ligge til grunn for helseveiledningens innhold (Vågan & Hvinden, 2020, s. 224), jamfør lov om pasient- og brukermedvirkning (1999, §3-2). På den andre siden kan det være at pasienten har nok kunnskap, men likevel fatter avgjørelser som spriker fra de anbefalte livsstilsrådene. Sykepleieren bør respektere pasientens avgjørelser om målsetting for å møte pasientens behov for selvkontroll (Tveiten, 2020, s. 100).

5.1.2 Mål og innhold

Pasienter kan ønske å sette seg kortsiktige mål knyttet til livsstilsendringer (Fålun et al., 2016). Pasientenes mål bør være med på å legge grunnlaget for innholdet i helseveiledningen (Vågan & Hvinden, 2020, s. 223). I tillegg til det kan målene tilrettelegges av sykepleieren ut ifra hvilken kunnskap det er ønskelig at pasientene bør ha (Vågan & Hvinden, 2020, s. 223). Målene pasientene setter seg kan være tilknyttet hva de motiveres av, hvilken informasjon de ønsker og hvordan de mestrer situasjonen. I følge Svavarsdóttir et al. (2016b) opplevde pasientene følgende temaer som viktige å få veiledning om før utskrivelse, årsaken til hvorfor de fikk hjerteinfarkt, symptomer, risikofaktorer, legemiddelhåndtering, alvorlighetsgrad, hvilke fysiske- eller psykososiale konsekvenser som kan oppstå, livsstilsendringer, tiltak for å gjenvinne eller forbedre sin helsetilstand, og kontaktinformasjon.

Innholdet i helseveiledningen kan som nevnt styres av pasientens mål, forutsetninger og perspektiv. Likevel viser studiene til Bårdsgjerde et al. 2019, Fålun et al. 2016, Svavarsdóttir et al. 2016b og Hanssen et al. 2005 at pasientene opplevde mangelfull informasjon om flere temaer ved utskrivelse fra sengeposten. Dette støttes av Strömbäck et al. (2020) som finner at pasienter savnet informasjon, og at dette var med på å påvirke deres handlingsevne. Funnene fra studiene behøver ikke bety at pasientene ikke har fått informasjon eller veiledning. På den

ene siden kan funnene tyde på at helseveiledningen kan ha blitt gitt på et tidspunkt hvor pasienten ikke var mottakelig. På den andre siden kan det være at informasjonen kan ha vært mangelfull i forhold til hva de selv hadde forventet. Eller at pasientene ikke har forstått informasjonen som ble gitt.

Pasientene oppga at de savnet informasjon om hvorfor de fikk hjerteinfarkt og hvordan de kunne gjenkjenne symptomer, og hva de skulle gjøre dersom de skulle få hjerteinfarkt igjen (Svavarsdóttir et al., 2016b; Fålnun et al., 2016). Samtidig vurderte pasientene sin egen livsstil som årsaken til hjerteinfarkt (Fålnun et al., 2016). I ettertid av hjerteinfarkt opplevde pasienter å bli bekymret når de kjente lignende symptomer og ønsket å vite hva som var normalt (Astin et al., 2008). Det å gjenkjenne symptomer på et hjerteinfarkt vil være viktig for å kunne forebygge ytterligere konsekvenser som kan oppstå (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 432). Etter et hjerteinfarkt vil det være viktig at sykepleieren informerer om hvilke risikofaktorer pasientene bør være observant på og kan gjøre noe med relatert til deres livsstil. Da det kan redusere risikoen for ateroskloseutvikling, hjerte- og karsykdommer og konsekvenser av dette (Helsedirektoratet, 2018).

Videre opplevde pasienter manglende informasjon om legemidler, både hvordan og hvor lenge de skulle tas og eventuelle bivirkninger (Bårdsgjerde et al., 2019; Svavarsdóttir et al., 2016b; Hanssen et al., 2005). Sykepleiere har et stort ansvar innen legemiddelhåndtering, blant annet å informere pasientene om hvilke legemidler som gis til pasienten, legemidlenes virkning og administrering (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 432). Samt om mulige bivirkninger og risiko, som er en plikt i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2). Likevel peker Fors et al. (2014) på at enkelte pasienter trodde at medikamentene de allerede stod på fra før skulle sørge for at de ikke fikk et nytt hjerteinfarkt. Noe som kan tyde på at pasientene hadde behov for informasjon om legemiddelbehandlingen videre.

Flere pasienter opplevde mangel på kostholdsveiledning og råd til hvilke matvarer de bør spise (Bårdsgjerde et al., 2019; Hanssen et al., 2005). For å gjøre pasientene kjent med hjertevennlige matvarer, kan sykepleieren informere og veilede pasienten i nasjonale kostråd (Stubberud, 2016, s. 416). Kostrådene er anbefalt etter nasjonale retningslinjer ved forebygging av hjerte- og karsykdom (Helsedirektoratet, 2018). Samtidig kan dette introduseres gjennom maten som serveres til pasientene på sengeposten (Stubberud, 2016, s.

417). Funnene tyder på at flere pasienter kan ha som mål om å endre kostholdet sitt, og kan ha behov for støtte til å mestre hensiktsmessige kostholdsendringer selvstendig etter utskrivelse.

Pasienter opplevde mangel på individuell veiledning knyttet til fysisk aktivitet og hvilke fysiske- og psykososiale konsekvenser eller begrensninger de kunne oppleve (Bårdsgjerde et al., 2019; Fållun et al., 2016; Hanssen et al., 2005; og Svavarsdóttir et al., 2016b). Dette støttes av funnene til Nicolai et al. (2018) der pasienter beskrev at manglende informasjon begrenset dem til å sette i gang med fysisk aktivitet. På den andre siden opplevde enkelte pasienter funksjonsnedsettelse som gjorde at de ikke kunne gjennomføre fysisk aktivitet. Pasienter med brystmerter er for eksempel anbefalt å vente med fysisk aktivitet til symptomene avtar (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 287). Pasienter kan ha motstridende tanker eller følelser for hvordan de skal sette i gang med livsstilsendringer (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 504). Dersom pasienten opplever symptomer som dyspne og brystmerter, kan det gjøre at pasienten blir usikker eller redd for å bevege seg i frykt for å belaste hjertet (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 472). Bårdsgjerde et al. 2019 og Svavarsdóttir et al. 2016b finner at pasienter savnet en konkret plan for hvordan de skal gå frem. Sykepleieren bør vurdere den enkeltes situasjon og fysiske- og psykososiale behov igjennom helseveiledningen (Tveiten, 2020, s. 92). Videre bør sykepleieren informere om hvilke fordeler fysisk aktivitet kan ha, når pasienten kan sette i gang og hvordan (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 287).

Funnene fra studiene viser at pasienter ønsker informasjon om forebygging og endringer. Sykepleieren har en plikt til å informere pasienten om mulige risiko eller konsekvenser som kan oppstå etter ett hjerteinfarkt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Dersom pasientene blir forberedt på hva som kan møte dem etter utskrivelse, kan det være med på å forebygge eller dempe utrygghet eller angst som kan forekomme når noe ukjent oppstår (Stubberud, 2021, s.24). Funnene kan tyde på at pasientene er klar over fordelene ved å være i fysisk aktivitet, at de ønsker å gjøre endringer eller ønsker seg tilbake til samme aktivitetsnivå som før. Men at mangel på informasjon, veiledning eller råd setter begrensninger.

Når helsetilstanden blir forbedret, kan fokuset rettes mot de mer langsiktige temaer i helseveiledningen, og målene bør rettes mot pasientens forventede situasjon etter utskrivning (Hasle, 2020, s. 127). Oppfølging etter utskrivelse kan være viktig, da enkelte pasienter kan oppleve redusert mottakelighet for informasjon på sykehuset (Svavarsdóttir et al., 2016b). På den ene siden ønsket pasienter tilbud om hjerterehabiliteringsprogram for å få hjelp for å

mestre situasjonen bedre (Fållun et al., 2016). Sykepleieren bør informere pasientene om hvilke oppfølgingstilbud som er tilgjengelig. I et hjerterehabiliteringsprogram kan pasientene få hjelp og støtte av helsepersonell til sekundærforebyggende tiltak, noe som kan gi økt mestring og kontroll over situasjonen, samtidig kan det bidra til å redusere fysiske- og psykososiale symptomer (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 283). På den andre siden kan det være at pasienter ikke ønsker oppfølging etter utskrivelse. I Svavarsdóttir et al. (2016a) oppgir sykepleiere at det ofte kunne være pasienter de følte hadde mest behov for oppfølging som ikke ville ha tilbudet. Enkelte pasienter ønsket å vurdere hvordan de mestret situasjonen på egenhånd først (Fållun et al., 2016). Sykepleieren kan som nevnt vurdere pasientens helsekompetanse, samt vurdere om helseveiledningen kan gjennomføres på et senere tidspunkt, hvor pasienten kan være mer mottakelig (Vågan & Hvinden, 2020, s. 227).

5.1.3 Arbeidsmetoder

Pasienter opplevde det som utfordrende å trekke ut informasjon relatert til deres situasjon og behov, når informasjonen var standardisert eller generell (Svavarsdóttir et al., 2016b; Hanssen et al., 2005). Pasienter savnet individuell veiledning og råd som var klare og tydelige (Bårdsgjerde et al., 2019). Dette støttes av Strömbäck et al. (2020), som fant at pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt ønsket en individualisert veiledning og plan, at helsepersonell skulle ta utgangspunkt i deres behov og ønsker. Sykepleieren bør møte den enkeltes helhetlige behov (Norsk sykepleierforbund, 2023). Måten informasjonen gis på kan ha betydning for hvordan den oppfattes og hvilken effekt den får (Kjetland & Nordstrand, 2016, s. 504). Når sykepleieren anerkjenner og forstår pasientens helseprosjekt og verdier, kan man få til god personorientert sykepleie og gjennom denne forståelsen kan kommunikasjonen utvikle seg (Eide & Eide, 2021, s. 31). Funnene indikerer at prinsippene for empowerment kan være fremmede for å individualisere og tilpasse informasjonen (Tveiten, 2020, s. 101).

Standardisert informasjon kan gis skriftlig som et supplement i samhandlingen for å gi pasientene den samme informasjonen (Tveiten, 2020, s. 130). Sykepleieren bør trekke frem brosjyrens innhold i dialogen for å sikre en gjensidig forståelse (Tveiten 2020, s. 158). Pasienter kan ha delte meninger og erfaringer med skriftlig informasjon som en del av helseveiledningen. Den skriftlige informasjonen kan bli for generell, ikke tilstrekkelig utfyllende og tilpasset den enkeltes informasjonsbehov (Svavarsdóttir et al., 2016b;

Bårdsgjerde et al., 2019). Sistnevnte støttes også av Tveiten (2020, s. 130) som trekker frem at informasjon som gis skriftlig ikke nødvendigvis er dekkende for å møte pasientens behov, da det kan være en barriere for pasienten til å forstå det som står skrevet (Tveiten, 2020, s. 130). På den andre siden kan det å gi individuell helseveiledning til alle pasientene være tidskrevende (Tveiten, 2006, s. 27). Enkelte pasienter som fikk brosjyrer eller hefter med informasjon opplevde den skriftlige informasjonen som fordelaktig, ettersom pasienten kunne repetere på egenhånd i etterkant av helseveiledningen (Bårdsgjerde et al., 2019). Funnene antyder at skriftlig informasjon kan være et supplement i tillegg til dialogen, hvor individuelt tilpasset informasjon kan være fremmede for å øke pasientens helsekompetanse. Men det kan være at standardisert informasjon sparer sykepleieren for tid, og pasienten kan repetere skriftlig informasjon etter utskrivelse.

Tillit og trygghet i relasjon med sykepleieren kunne påvirkes av hvorvidt pasienten opplevde å være en aktiv deltaker. Hverdagslige samtaler med mulighet til å dele sine refleksjoner, og kunne snakke om ting som opptok den enkelte, kunne bidra til dette (Svavarsdóttir et al., 2016b). Hvordan sykepleieren henvender seg til og kommuniserer med pasienten, og om sykepleieren anerkjenner pasientens perspektiv kan legge føringer for hvordan pasienten selv anser seg som aktivt deltakende (Stubberud, 2016, s. 364). Dette støttes også fra et sykepleieperspektiv. Sykepleiere i studien til Svavarsdóttir et al. (2016a) trakk frem at et viktig grunnlag for veiledning var å danne en mellommenneskelig og tillitsfull relasjon med pasienten, gjennom å være støttende, engasjert og empatisk. På den ene siden kan det være velmenende hvis sykepleieren tar over samtalen for å formidle viktig kunnskap til pasienten. På den andre siden kan det påvirke pasienten autonomi og rett til tilpasset helseveiledning jamfør Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5). Samtidig kan det påvirke en av hensiktene med helseveiledningen, som er å bidra til økt helsekompetanse (Tveiten, 2020, s. 101). Funnene kan indikere at det vil være behov for at sykepleieren vurderer egne kommunikasjonsferdigheter i møte med den enkelte. Videre bør det evalueres hva som fremmer eller hemmer en helhetlig tilnærming.

Pasienter har rett til å bestemme om de ønsker å medvirke eller ikke, og hvor aktivt involvert de ønsker å være (Molven, 2021, s. 173). Pasienter kunne ønske å være aktiv deltagende og medvirke for å oppnå mestring og kontroll over situasjonen, sine ressurser, og handlinger relatert til livsstilsendringer (Svavarsdóttir et al., 2016b; Fållun et al., 2016; Hanssen et al., 2005). Pasienter så på det å være aktiv medvirkende som viktig for å få tilpasset informasjon

etter egne behov (Hanssen et al., 2005). Dette er i tråd med helseveiledningens empowerment-prosess hvor medvirkning er et viktig prinsipp (Tveiten, 2020, s. 101). For å fremme empowerment bør sykepleieren få kunnskap om pasienten. Dette for å kunne tilpasse og motivere pasienten til å søke kunnskap selvstendig (Tveiten, 2020, s. 101). Dette støttes av Bårdsgjerde et al. (2020), som sier at hvis sykepleieren skal kunne møte pasientens behov i samhandling med pasienten, blir det sett på som nødvendig at pasienten selv tar del i beslutninger. Dette for å kunne hjelpe den enkelte til å forstå nytten av og etterleve sekundærforebyggende tiltak. En forutsetning vil være at sykepleieren legger til rette for at pasienten kan medvirke (Tveiten, 2020, s. 40). Gjennom åpne spørsmål og ved å fange hintene i det pasienten forteller, kan sykepleieren få en bredere forståelse av bakgrunnen for pasientens egne avgjørelser og hva som påvirker pasientens motivasjon eller mål (Eide & Eide, 2021, s. 128).

På en annen side kan pasienter få en passiv rolle som følge av manglende innsikt og forståelse om sin egen sykdom og helse. Dette kan gjøre pasientene avhengig av sykepleieren for å innhente kunnskap, føle mestring og kontroll (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 3). Pasienter kunne oppleve det som vanskelig å vite hva de hadde behov for av kunnskap og hva de skulle spørre om (Svavarsdóttir et al., 2016b; Fållun et al., 2016; Hanssen et al., 2005). Det kan være at pasienten har behov for mye informasjon før de er i stand til å være aktivt medvirkende og delaktig i beslutninger (Bårdsgjerde et al., 2020). Funnene kan tyde på at det vil være viktig at både sykepleieren og pasienten er aktive i helseveiledningen. Pasienten bør få formidlet det som opptar pasienten, samtidig som sykepleieren kan speile det pasienten forteller for videre planlegging av hva pasienten kan ha behov for av kunnskap. Økt kunnskap ser ut til å være en motiverende faktor for å etterspørre mer informasjon, og en motivasjonsfaktor for livsstilsendringer.

5.1.4 Rammefaktorer

Når pasienter opplevde at veilederen hadde kunnskap og kompetanse og samtidig virket trygg kunne det bidra til økt tillitt og trygghet hos pasienten. På den andre siden kunne det påvirke pasientens mottagelighet dersom sykepleieren tok utgangspunkt i egne personlige standpunkt, eller oppga noe annet enn det pasienten tidligere hadde blitt fortalt (Svavarsdóttir et al., 2016b). Dette er i tråd med Strömbäck et al. (2020) som oppgir at pasienter synes det var viktig at sykepleieren innehar mye kunnskap, særlig om pasientgruppen, da dette gav økt

trygghet. Tillit og trygghet kan som beskrevet være relasjonsfremmende faktorer. Men hvis pasienten ikke har en relasjon til sykepleieren, kan pasienten oppleve seg utrygg på om sykepleieren har den kompetansen det er behov for i samhandlingen med pasienten (Stubberud 2016, s. 338).

Som sykepleier og pasient har man ulike roller, som gjerne er knyttet til hvilke forventninger en har til hverandre (Eide & Eide, 2021, s. 25). Det kan være en gjensidig avhengighet i rollene, hvor pasienten som har gjennomgått hjerteinfarkt kan ha behov for kunnskap fra sykepleieren, og sykepleieren innehar kunnskapen og kompetansen pasienten trenger (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 3). Sykepleieren skal være faglig oppdatert jamfør Helsepersonelloven (1999, §4), og etter yrkesetiske retningslinjer punkt 2 (Norsk sykepleieforbund, 2023). I studien til Svavarsdóttir et al. (2016a) oppgir sykepleiere viktigheten av kunnskap når man skal veilede pasienter etter et hjerteinfarkt. Teoretiske- og pedagogiske ferdigheter ble vektlagt, og erfaringsbasert kunnskap ble vektlagt som fremmende for å møte pasientenes behov.

Mye informasjon på kort tid kunne oppleves som overveldende å ta innover seg (Bårdsgjerde et al., 2019; Hanssen et al., 2005). Behandlingen av hjerteinfarkt skjer gjerne raskt, hvor pasientene er raskt inn og ut av sykehuset. (Ørn & Brunvand, 2019, s. 171). Prioritering og planlegging av tidspunktet for helseveiledningen kan være vanskelig, det kan medføre at pasienter får mye informasjon på en gang når de skrives ut fra sengeposten (Hasle, 2020, s. 127). Enkelte pasienter følte de ikke var mottakelige på det tidspunktet helseveiledningen ble gitt, og kunne da oppleve at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon (Svavarsdóttir et al., 2016b). Mangel på tid kan begrense den personsentrerte sykepleien, det kan begrense sykepleierens mulighet til å tilpasse helseveiledningen, begrense pasientens mulighet til å medvirke, som igjen kan påvirke pasientens helsekompetanse (Tveiten, 2020, s. 17). Dersom pasienten merker at sykepleieren har liten tid til rådighet kan pasienten også føle seg til bry (Eide & Eide, 2021, s. 64-65).

Pasienter opplevde manglende privatliv på sykehuset, noe som kunne være en barriere for å være aktivt medvirkende og spørre om ting de lurte på (Svavarsdóttir et al. 2016b). Det er ikke alltid ledige enerom på sengepostene, og enkelte pasienter kan ligge i senger i korridoren, noe som kan påvirke muligheten til å ha en privat samtale (Halse, 2020, s. 125). Videre opplevde pasienter det som vanskelig å stille spørsmål med andre pasienter til stede,

da de fryktet at andre kunne bedømme det de sa (Svavarsdóttir et al. 2016b; Hanssen et al. 2005). I studien til Svavarsdóttir et al. (2016b) forteller flere pasienter at det er ønskelig at den som veileder setter av tid, og viser en tilstedeværelse og et engasjement i møte med den enkelte. Det ble også sett på som viktig at tidspunktet og stedet for veiledningen ble valgt med hensyn til pasientens mottakelighet, behov og situasjon. Dette kunne bidra til at pasientene åpnet seg mer og følte det var enklere å spørre om det de lurer på. Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt kan ha behov for psykososial støtte, å bli sett og lyttet til (Stubberud & Eikeland, 2022, s.285). Pasienter opplevde forskjell i tilstedeværelsen til ulike veiledere, når veilederen satte seg ned med pasienten kunne det oppleves som engasjerende fremfor de som stod ved sengekanten (Svavarsdóttir et al. 2016b). Sykepleieren kan også vise tilstedeværelse og et engasjement gjennom eget kroppsspråk (Eide & Eide, 2021, s. 146). Funnene tilsier at planlegging av innhold, tid og sted for helseveiledningen og veilederens kroppsholdninger kan være av betydning for pasientens mottakelighet.

5.1.5 Evaluering

«God kompetanse på riktig nivå og sted og til riktig tid, er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester» (Meld. St. 26 (2014-2015) s. 58). I helseveiledningen bør det foretas fortløpende evaluering og vurderinger, i tillegg til å gjøre en oppsummering avslutningsvis (Vågan & Hvinden, 2020, s. 229). Som også handler om kvalitetsarbeid med utgangspunkt i brukeropplevelsene (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 66-67). Sykepleieren bør på den ene siden vurdere hva pasienten kan oppnå, identifisere pasientens forutsetninger, ressurser, behov, mål og ønsker (Vågan & Hvinden, 2020, s. 224). Samtidig foreta tilpasninger og vurdere hvilken arbeidsmetode som kan være hensiktsmessig å benytte for å bidra til økt kompetanse og en god læringssituasjon for pasienten (Vågan & Hvinden, 2020, s. 225). Sykepleieren bør gjøre kontinuerlige individuelle tilpasninger av helseveiledningen for å sikre at pasienten forstår innholdet i helseveiledningen (Norsk sykepleierforbund, 2023; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). På den andre siden bør sykepleieren vurdere egen utøvelse, oppnåelse og eventuelt hva som kan forbedres knyttet til egen praksis (Tveiten, 2020, s. 106). Tilbakemeldinger pasientene gir om deres erfaringer med helseveiledningen kan være med i evalueringen (Vågan & Hvinden, 2020, s. 228). Dette kan være med på å forbedre kvaliteten på helseveiledningen (Tveiten, 2006, s. 114).

5.2 Metodediskusjon

Metodediskusjonen tar for seg styrker og svakheter med egen metode, deretter diskuteres styrker og svakheter ved forskningsartiklene som er inkludert i studien.

5.2.1 Styrker og svakheter ved egen metode

Denne oppgaven benytter generell litteraturstudie som metode, hvor det er gjennomført et strukturert og systematisk litteratursøk fra eksisterende forskning med utgangspunkt i oppgavens problemstilling (Popenoe et al., 2021). Etter rammene som ble satt til denne oppgaven, ble litteratursøket utført i én database. Hvor den vitenskapelige databasen Medline ble benyttet. Medline kan anses som en egnet database som inneholder flere millioner artikler med sykepleiefaglig relevans (Nortvedt et al., 2021, s. 62). Det kan tenkes at flere relevante artikler kunne blitt funnet gjennom søk i andre databaser. Emneord og søkeord som er benyttet, samt hvordan emneordene og søkeordene er kombinert kan ha påvirket resultatet. Til å begynne med ble søket bredt med mange resultater. Når emneordene og søkeordene «information», «qualitative research», «qualitative» og «interview» ble lagt til for å spisse søket og knyttet opp mot ønsket artikkeldesign, ble det færre resultater. Tre artikler ble funnet, men det var behov for å utvide avgrensningene for å inkludere den siste artikkelen fra 2005. Det kan være fordelaktig å benytte artikler fra siste 5-10 år for å sette seg inn i nyere forskning (Søk og skriv, 2023a). På den andre siden ble artikkelen inkludert basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og ble vurdert som relevant til problemstillingen.

Det kan være at mer erfaring med litteratursøk kunne bidratt til å strukturere søket på en bedre måte, eller til å finne andre emneord eller søkeord. Dette kunne bidratt til funn av flere relevante artikler. På den andre siden var bibliotekaren på skolens bibliotek, som har mengdeerfaring med søkestrategi, til god hjelp med søket. Emneordene og søkeordene som ble benyttet ble ansett som relevante til problemstillingen, og de kan anses som pålitelige da MeSH ble brukt for å finne emneordene (Søk & skriv, 2023b). Eksempelvis ble ordet veiledning søkt på i MeSH, hvor det engelske emneordet «Patient education as Topic» kom som et forslag. I tillegg til det kan «patient education» beskrives som pasientopplæring, eller det kan være beskrivende for å øke pasientens kompetanse (Tveiten, 2020, s. 14-15).

5.2.2 Styrker og svakheter ved de inkluderte studiene

I denne oppgaven er det inkludert fire forskningsartikler fra søket som ble gjennomført. Det ble ansett som relevant å bruke kvalitative forskningsartikler for å få innsikt i pasienters erfaringer med helseveiledning. Kvalitative studier kan være relevant å benytte når man ønsker å innhente dybdekunnskap og få innsikt innen et tema (Brottveit, 2018, s. 67). Erfaringer kan kartlegges på flere måter, gjennom intervjuer, både individuelt og i fokusgrupper (Brottveit, 2018, s. 66). Studiene som er inkludert benytter både fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer for å innhente data. Oppgaven kunne vært styrket hvis kvantitative studier hadde vært inkludert. Det finnes kvantitative studier som også inkluderer kvalitative metoder (Popenoe et al., 2021). Noe som kunne bidratt til breddekunnskap for å nå ut til flere pasienter (Brottveit, 2018, s. 64-65). På den andre siden kan det hende at flere detaljer og dybdekunnskap ikke hadde kommet med.

Studiene som er inkludert i oppgaven har et utvalg av 10-20 deltakere som vist i tabell 3. En svakhet kan være at studiene har få deltakere (Eget arbeid, 2023). Samtidig kan det være en fordel med et lite utvalg, for å få frem flere detaljer, og mer informasjon fra hver deltaker (Brottveit, 2018, s. 66). En artikkel som er inkludert, inkluderer en deltaker under 40 år (Bårdsgjerde et al., 2019). Det kan tenkes at det ikke vil påvirke funnene i noen stor grad, da oppgaven ikke vil diskutere pasientenes erfaringer knyttet til ulike aldersgrupper. Heller ikke basert på kjønn. Likevel var det en større andel menn i alle studiene, noe som kan ha påvirket funnene. På den andre siden kan det være at funnene hadde vært det samme selv med mer utjevning. Forskningsartiklene tar kun for seg pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Studienes funn er ikke generaliserbare ettersom det er brukt kvalitative artikler, på den andre siden kan det være at funnene har relevans for andre eller tilsvarende fagfelt (Brottveit, 2018, s. 68).

6 Konklusjon

Denne oppgaven har redegjort for og diskutert hvilke erfaringer pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt har knyttet til helseveiledning før utskriving fra en sengepost. Erfaringene viser at pasienter kan ha et varierende og bredt informasjonsbehov. Samtidig kommer det frem at flere pasienter savnet informasjon ved utskrivelsestidspunktet. Temaene pasientene savnet informasjon om var årsaken til hjerteinfarkt, symptomene og når de måtte ta kontakt, livsstilsendringer, fysiske- og psykososiale konsekvenser, og tilbud om oppfølging. Pasienter savnet en individuell veiledning som var tydelig. Pasientene opplevde mangel på tilpasset informasjon og en konkret plan, noe som påvirket deres evner til å handle selvstendig.

Erfaringene til pasientene er drøftet ved å bruke den didaktiske relasjonsmodellen, som belyser både hvilke erfaringer de har med helseveiledning og hvordan dette kan forbedres. Erfaringene tilsier at en personsentrert og helhetlig tilnærming kan være av betydning for å tilpasse helseveiledningen til pasientene. Det at sykepleieren hadde nødvendig kompetanse og var trygg i egen utøvelse ble sett på som viktig for å kunne møte pasientenes behov for kunnskap og støtte i deres situasjon. Hvor sykepleieren har en tilstedeværelse og gir pasienten mulighet til å delta. Det hadde betydning for pasientene om det var en åpenhet for å snakke om det som hadde betydning for dem. Dette kunne fremme økt trygghet og tillit i relasjonen med sykepleieren, og fremme pasientenes mottakelighet, helsekompetanse og empowerment.

Erfaringene som er undersøkt er avgrenset til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, det er dermed ikke mulig å generalisere funnene. Likevel kan faktorene i den didaktiske modellen brukes overfor andre pasientgrupper. Det å være kjent med modellen og hvordan denne brukes, kan skape bedre forståelse for helseveiledning og hvordan evaluering kan gjennomføres, noe som kan bidra til økt kvalitet i helseveiledningen. På den andre siden kan tidsrammen og hvor helseveiledningen finner sted være en barriere for å tilpasse helseveiledningen til den enkelte. Likevel kan det være andre modeller eller tilnærminger som ikke er diskutert og som kan bidra til å bedre pasienters erfaringer. Det er dermed behov for flere både kvalitative og kvantitative studier som kan belyse tematikken på nye måter.

Referanseliste

Astin, F., Closs, S. J., McLenachan, J., Hunter, S., & Priestley, C. (2008). The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: an exploratory study. *Patient education and counseling*, 73(2), 325–332.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.013>

Barth, T. (2020). Motiverende intervju (MI) – samtaler om endring. I A. Vågan (Red.), *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis*. (s. 139-158). Gyldendal.

Borglin, G. & Gjevjon, E. K. (2022). Sykepleie – profesjon og fag. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament* (6. utg., s. 48-80). Cappelen Damm.

Brottveit, G. (Red.). (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: Om å arbeide forskningsrelatert*. Gyldendal.

Bårdsgjerde, E. K., Kvangarsnes, M., Landstad, B., Nylenna, M., & Hole, T. (2019). Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway. *Journal of advanced nursing*, 75(5), 1063–1073. <https://doi.org/10.1111/jan.13931>

Bårdsgjerde, E. K., Landstad, B. J., Hole, T., Nylenna, M., Gjeilo, K. H., & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway. *Nursing open*, 7(5), 1606–1615. <https://doi.org/10.1002/nop2.544>

Eget arbeid (2023). Prosjektbeskrivelse. Veiledning og informasjon etter et hjerteinfarkt. Kandidatnummer 593. (upublisert eksamensoppgave). Lovisenberg diakonale høyskole.

Eide, H. & Eide, T. (2021). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronar syndrom. I D.–G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 54-93). Cappelen Damm Akademisk.

- Fors, A., Dudas, K., & Ekman, I. (2014). Life is lived forwards and understood backwards-- experiences of being affected by acute coronary syndrome: a narrative analysis. *International journal of nursing studies*, 51(3), 430–437. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.012>
- Fålnun, 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>
- Gjevjon, E. K., Holter, I. M. & Kim, S. (2022). Sykepleiefagets signatur. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament* (6. utg., s. 23-47). Cappelen Damm.
- Govatsmark, R. E. S., Halle, K. K., Berge, V. B., Digre, T. A., Sneeggen, S. & Bønaa, K. H. (2022). *Norsk hjerteinfarktregister: Årsrapport 2021: Med plan for forbedringstiltak*. Norsk hjerteinfarktregister. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-07/%C3%85rsrapport%202021%20Norsk%20hjerteinfarktregister.pdf>
- Govatsmark, R. E. S., Halle, K. K., Kiel, I. A., Berge, V. B. & Bønaa, K. H. (2023). *Norsk hjerteinfarktregister: Årsrapport 2022: Med plan for forbedringstiltak*. Norsk hjerteinfarktregister. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-06/%C3%85rsrapport%202022%20Norsk%20hjerteinfarktregister.pdf>
- Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie*. (6.utg., s. 1-21). Gyldendal Akademisk.
- Halse, K. (2020). Eldre syke pasienter- utfordringer ved helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2. utg., s. 121- 146). Gyldendal.
- Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E., & Hanestad, B. R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001>

- Helse- og omsorgsdepartementet, (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsedirektoratet, (2018, 5. mars). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Høybakk, J. (2019). Sykepleie til pasienter med hjerte- og karsykdom. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie*. (s. 147-228). Cappelen Damm Akademisk.
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., & ESC Scientific Document Group. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 39(2), 119–177.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Kjetland, M. B. & Nordstrand, M. G. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertepoliklinikk. I D.–G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 447-514). Cappelen Damm Akademisk.
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>

- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=1>
- Molven, O. (2021). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J. H., Gleißner, C. A., Eich, W., & Bieber, C. (2018). To change or not to change - That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic illness*, 14(1), 25–41. <https://doi.org/10.1177/1742395317694700>
- Norsk hjerteinfarktregister. (2023). *Hjerteinfarkt i Norge: Rapport for pasienter og pårørende* (Vedlegg til årsrapport for Norsk hjerteinfarktregister 2022). <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-07/Pasientrapport%20-%20Norsk%20hjerteinfarktregister.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Nortvedt, Graverholt, B., Jamtvedt, G., & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! en arbeidsbok* (3. utgave.). Cappelen Damm akademisk.
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke – Innføring i sykepleieetikk* (3. utg.) Oslo: Gyldendal.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2021-05-07-31). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/>

- Strøm M, Sveen K.A., Raknes G., Slungård G. & Fagerås S. (2023). *Dødsårsaksregisteret. Dødsårsaker i Norge i 2022*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/contentassets/63e48530e2094601b0e4dab313001f60/dodsarsaker-i-norge-rev-2.pdf>
- Strömbäck, U., Wälivaara, B. M., Vikman, I., Lundblad, D., & Engström, Å. (2020). To be seen as a unique person after suffering a second myocardial infarction: Expressed needs of patients and descriptions of personnel. *Intensive & critical care nursing*, 57, 102797. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102797>
- Stubberud, D.-G. (Red.). (2016). *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (Red.). (2021). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (2. utg.). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. & Eikeland, A. (2022). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie*. (6.utg., s.265-294). Gyldendal 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). Cappelen Damm Akademisk.
- 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>
- 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>

- Søk & Skriv. (2023a, 8. november). *Når er kjelda blitt til*. Søk og skriv.
<https://www.sokogskriv.no/kjeldebruk/kjeldevurdering.html#nar-er-kjelda-blitt-til>
- Søk & Skriv. (2023b, 3. november). *Søketeknikker*. Søk & Skriv.
<https://www.sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html#emneordss%C3%B8k>
- Tveiten, S. (2006). *Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen*. Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk - helsekompetanse og brukermedvirkning* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Vågan, A. & Hvinden, K. (2020). Den didaktiske relasjonsmodellen i en lærings- og mestringskontekst. I: A. Vågan (Red.), *Helsepedagogiske metoder - Teori og praksis* (s. 219-233). Oslo: Gyldendal.
- Wang, L. Y. T., Lua, J. Y. H., Chan, C. X. C., Ong, R. L. L., Wee, C. F., & Woo, B. F. Y. (2023). Health information needs and dissemination methods for individuals living with ischemic heart disease: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 108, 107594–107594. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.107594>
- Ørn, S. (2019). Sirkulasjonsforstyrrelser. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 93-111). Oslo: Gyldendal.
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2019). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 163-200). Oslo: Gyldendal.

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Bårdsgjerde, E. K., Kvangarsnes, M., Landstad, B., Nylenna, M., & Hole, T. (2019). Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway. <i>Journal of advanced nursing</i> , 75(5), 1063–1073. https://doi.org/10.1111/jan.13931		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativt design kan anses som velegnet ettersom studien tar utgangspunkt i å undersøke pasientopplevelser. Det ble gjort individuelle intervjuer med intervjuguide og åpne spørsmål som igjen kan være til hjelp for å få innsikt i pasientens historie.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Rekruttering av deltakerne var målrettet, inkluderte både menn og kvinner i alderen 37-79 år med diagnosen hjerteinfarkt. Deltakerne hadde mer enn 300 km reisevei til sykehus som utfører PCI-behandling, som er i tråd med forskningsspørsmålet. Pasienter med alvorlige sykdommer, uten samtykkekompetanse eller som ikke kunne møte ble ekskludert.	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten var sykehus som tilbyr PCI-behandling i Norge, og pasientenes opplevelse av pasientdeltakelse fra akuttfasen til rehabiliteringsfasen.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysemetoden er beskrevet godt ved bruk av referanser. Beskriver hvordan de sorterte og kodet likheter fra ulike narrativ.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: 4 hovedfunn kommer klart frem og blir presentert både i abstrakt, resultat og i diskusjonsdelen.	x		



8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene kan bidra til at sykepleiere og andre helsepersonell kan få innsikt i pasientenes behov for informasjon og medvirkning. Samt hvordan man kan implementere og tilpasse dette individuelt i praksis.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen speiler at det er en rød tråd i studien, gjennom at den svarer på problemstillingen og bygger på resultatene. Det kan likevel være behov for mer forskning på dette området sett fra flere perspektiver.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Fålun, 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. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 15(7), 495–503. https://doi.org/10.1177/1474515115614712				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien ble utført som en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerte intervjuer. Som kan trekke frem pasientenes perspektiv, opplevelser og erfaringer knyttet til problemstillingen.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Inneliggende pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt (N=20). Deltakerne hadde varierende alder fra 40-100 år, både kvinner og menn deltok som kan ha bidratt til en god svarvariasjon. Deltakere med nedsatt kognitiv funksjon, utilstrekkelig norsk språkforståelse eller som ikke hadde klart å være med på intervju med 1 times varighet ble ekskludert fra studien. Ved påmelding takket ingen nei til deltakelse.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten for studien er hjerteavdeling. Pasienterfaringer og opplevelser knyttet til hjerteinfarkt før utskrivelse.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Det ble brukt kvalitativ innholdsanalyse som metode, det er beskrevet hvordan de har gått frem, kilder er inkludert, samtidig viser de til eksempel fra analysen i en utfyllende tabell.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?	X		



	Kommentar: 3 hovedtemaer blir gjengitt flere ganger, hvor disse beskrives hver for seg ved hjelp av eksempler fra analysen.			
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene kan gi sykepleiere og annet helsepersonell innsikt i ulike tiltak som kan være med på å fremme helseveiledning av pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, før utskrivelse relatert til håndtering og mestring.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen bygger videre på hovedtemaene fra resultatene og diskusjonsdelen.	x		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K., & Steinsbekk, A. (2016). What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease. <i>European journal of cardiovascular nursing</i> , 15(7), 513–521. https://doi.org/10.1177/1474515115618569		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Det ble brukt kvalitativ metode i denne studien med semistrukturerte individuelle intervjuer. Det kan anses som en godt egnet metode for at pasientene kan dele sine oppfatninger knyttet til temaet.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne i studien var pasienter fra Island og Norge. 17 deltakere, 8 kvinner og 9 menn mellom 47-72 år. Inklusjonskriterier var deltakere over 18 år med koronar hjertesykdom, gjennomgått PCI-behandling <24 måneder før studien, samt mottatt sekundær pasientopplæring. Studien har god variasjon knyttet til kjønn og alder, men også tiden som hadde gått siden behandling. Mangler informasjon om antall deltakere som ble invitert, om noen takket nei eller eventuelle frafall.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten for studien er sykehus. Hvor studien undersøkte pasientopplevelser og erfaringer med pasientopplæring hos pasienter med koronar hjertesykdom.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Systematisk tekstkondensering ble brukt for å analysere dataene. Metodens ulike steg er	X		



	beskrevet på bakgrunn av litteratur, og resultater blir presentert i tabeller.			
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Studien presenterer 2 temaer som hovedfunn, troverdig pedagog og individualisert opplæring. Temaene trekkes frem i resultat og i tabeller, blir diskutert og bygger opp til konklusjonen av studien.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene kan gi kunnskap og innsikt i hvilke egenskaper, kompetanse og ferdigheter sykepleiere og annet helsepersonell bør ha i møte med pasienter med koronar hjertesykdom, fra et pasientperspektiv. Helsepersonell kan videre vurdere sin egen kompetanse relatert til studiens resultater.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen bygger på studiens 2 hovedtemaer.	x		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E., & Hanestad, B. R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. <i>European journal of cardiovascular nursing</i> , 4(1), 37–44. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?			x
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: For å innhente data ble det brukt kvalitativ metode, med en utforskende tilnærming ved hjelp av en semistrukturertguide i fokusgrupper.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: 14 pasienter mellom 42 og 69 år, 2 kvinner og 12 menn. som hadde diagnosen hjerteinfarkt deltok i studien. Fokusgruppeintervjuene foregikk 3-5 måneder etter utskrivelse. 46 pasienter ble invitert til studien, som hvor 32 ikke deltok. Noen takket nei grunnet rehabiliteringstilbud på sykehus.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten for studien er sykehus, pasienter med diagnosen hjerteinfarkt sine informasjonsbehov inneliggende, samt etter utskrivelse.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Metoden er beskrevet kort ved hjelp av kilder, hvor det ble tatt i bruk en QSR-programvare som hjelpemiddel til koding og sortering av innhentet data. Metodebeskrivelsen kunne kanskje ha vært litt mer utfyllende relatert til de ulike stegene ved analysen.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?	x		



	Kommentar: Studien presenterer 3 temaer som hovedfunn, disse er nært tilknyttet studiens intervjuguide. Samtidig blir disse temaene presentert i abstraktet, som funn og i diskusjonsdelen.			
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene kan brukes til å vurdere kvaliteten av informasjonen eller veiledningen som gis til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. De kan gi helsepersonell kunnskap om ulike tiltak som kan tas i bruk, samtidig som helsepersonell kan vurdere egen informasjonsformidling og veiledning av pasientene opp mot resultatene.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen bygger på studiens funn og resultater.	x		
	Totalt antall poeng: ****	8/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.